

ANÁLISE CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DA PRESENÇA DE DENTES INCLUSOS E SUAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES A PARTIR DE EXAMES EM ACADÊMICOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Clinical and radiographic analysis of presence of included teeth and their possible complications from exams in dentistry students of the Piauí State Federal University

RESUMO

Na prática clínica odontológica, inúmeras vezes ocorrem casos de inclusão dental. Denomina-se incluso o órgão dental que, chegada a época normal de seu irrompimento, não o faz, permanecendo no interior dos tecidos. As causas para o crescente aumento nos casos de dentes inclusos são as mais diversas possíveis. Uma das principais é a falta de espaço para a erupção do órgão dental, causada por distúrbios de desenvolvimento das estruturas do complexo maxilomandibular, extrações prematuras de dentes decíduos, tendo como consequência a perda de espaço, além de motivos genético-hereditários. O órgão dental incluso pode desencadear processos patológicos, como cistos, reabsorção da raiz do dente adjacente, trismo, além de apinhamentos dentais. Os autores avaliaram a incidência de dentes inclusos em uma população-alvo formada por acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí através de exame clínico e radiográfico. Constataram que o principal transtorno foi a dor, seguida de trauma de mucosa, má-oclusão e pericoronarite. Através de exames radiográficos, observaram somente a inclusão de terceiros molares, sendo que o inferior apresentou-se em maior número. A posição mésoangular foi a de maior frequência. Não observaram correlação com o sexo, visto que os números encontrados foram estatisticamente semelhantes.

UNITERMOS

Dentes Inclusos; Retenção Dental; Cirurgia oral.

Walter Leal de MOURA*

Julio Cesar de Paulo CRAVINHOS**

INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se um aumento considerável na frequência de inclusão dental. Consideramos como inclusos todos os elementos dentários que, chegada a época normal de seu irrompimento, não o fazem, permanecendo no interior dos tecidos^{7,8,15,16,28}.

As causas para o crescente aumento de dentes inclusos são as mais diversas. A literatura descreve várias etiologias, como hábitos alimentares da população moderna, dentes supranumerários no trajeto eruptivo de dentes permanentes, dentes decíduos anquilosados, cistos e tumores envolvendo os dentes, traumas sobre os tecidos com repercussão nos dentes permanentes, má posição do germe e fatores hereditários^{7, 8, 15, 28}.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência de inclusão dental em um grupo formado por acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí, bem como as possíveis complicações causadas por esta ocorrência.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo MARZOLA¹⁵ (1988), dentes retidos são aqueles

que, uma vez chegada a época normal de seu irrompimento, ficam encerrados parcial ou totalmente no interior do osso, mantendo ou não a integridade do saco pericoronário. Já GRAZIANI⁷ (1986), afirma que dente incluso é um órgão dentário que, mesmo completamente desenvolvido, não fez sua erupção na época normal, encontrando-se, portanto, no interior do osso, totalmente rodeado por tecido ósseo ou por tecido ósseo e mucosa.

A ordem de frequência de dentes inclusos obedece ao seguinte parâmetro: (1) terceiros molares inferiores, (2) terceiros molares superiores, (3) caninos superiores, (4) caninos inferiores, (5) pré-molares superiores, (6) pré-molares inferiores, (7) incisivos, (8) primeiros e segundos molares VERRI²⁷ (1973). Por outro lado as principais causas de dentes inclusos são fatores embriológicos, fatores mecânicos, fatores nervosos, fatores neoplásicos. MARZOLA¹⁵ (1997), MOREIRA¹⁷ (1996).

Segundo GREGORI⁸ (1988), a inclusão dental classifica-se de várias formas. De maneira geral, pode ser: intra-óssea, sub-mucosa e semi-inclusão.

Muitas vezes, o dente incluso pode ser a causa de complicações que podem assumir características de

* Professor Adjunto MSC-4, Coordenador da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí – UFPI e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia do “Campus” de Araçatuba – UNESP. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

**Aluno do Curso de Mestrado em Clínica Odontológica – Área de Concentração Cirurgia Bucocomaxilofacial – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP. Ex-aluno do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí – UFPI

acentuada gravidade, tais como complicações neurológicas, complicações mecânicas, complicações inflamatórias e infecciosas, complicações císticas BANDERAS, et al.² (1996); JANINI, et al.¹¹(1990); NOGUEIRA, et al.¹⁹(1997). ELIAS⁵ (1995), afirmou que cerca de 31% dos terceiros molares inferiores e 15% dos terceiros molares superiores, apresentavam uma radiolucência circunscrita em torno da coroa do dente. Não existe uma prevalência com relação ao sexo, porém com relação à faixa etária, está em torno da segunda década. LAN SU; WEATHERS¹² (1996), encontraram radiolucências associadas à uma retenção bilateral dos caninos inferiores.

BERGE²⁴ (1993), realizou um estudo para avaliar sintomas e lesões associados com dentes retidos ou parcialmente retidos na Noruega. Observou que o principal transtorno encontrado foi a pericoronarite, seguida de dor, cárie, problemas periodontais e cisto/tumores. VENTÄ et al.²⁵(1993), encontraram a pericoronarite como a complicação mais freqüente, seguida de pequeno desconforto, trauma de mucosa, má oclusão e cárie. NEMCOVSKY¹⁸ (1996), realizou uma pesquisa para avaliar a taxa de reabsorção radicular do 2.º molar adjacente ao terceiro molar não-erupcionado. Analisando 202 casos, encontrou evidências radiográficas de reabsorção em 45 segundos molares.

Em relação aos dentes inclusos, mais especificamente os terceiros molares, existem vários sistemas de classificação, sendo que o objetivo destas é verificar a posição do órgão no arco dental. É de relevante importância a correta localização a fim de que se possa realizar um procedimento cirúrgico mais eficaz.

A classificação de WINTER, citada por MOREIRA¹⁷(1996), é utilizada a fim de observar a direção do longo eixo do órgão incluso em relação ao adjacente e o dente incluso pode assumir as seguintes posições:

vertical, horizontal, mésoangular, distoangular, bucoversão, linguoversão e invertida.

Já PELL & GREGORY, citados por MOREIRA¹⁷(1996), utilizaram um padrão de classificação para os terceiros molares, observando a profundidade da inclusão, sendo a posição A quando o órgão dental estiver ao nível da coroa do adjacente, posição B quando estiver entre o plano oclusal e o plano cervical do adjacente e posição C quando estiver abaixo do nível cervical. Direcionando esta classificação aos terceiros molares inferiores, estes autores observaram também a posição do órgão dental em relação à borda anterior da mandíbula. Classe I quando a medida méso-distal do elemento dental é menor que a distância entre a borda anterior da mandíbula e a porção mais distal do segundo molar adjacente. Classe II quando o órgão dental estiver parcialmente inserido no ramo da mandíbula e Classe III quando estiver totalmente imerso no ramo da mandíbula.

Observa-se ainda que existem situações onde ocorrem inclusões dentais sem que haja um padrão de classificação da mesma, estando o dente em uma posição ectópica. GRANITE, et al.⁹(1995), verificaram a presença de um terceiro molar incluso, localizado abaixo da região condilar da mandíbula, posição esta muito rara. Já LEE et al.¹³ (1995), descreveram um caso clínico de um terceiro molar superior localizado profundamente em tecido ósseo. O acesso cirúrgico foi realizado via transantal e ROSA²¹ (1994), descreveu um caso onde o terceiro molar superior estava localizado no espaço infra-temporal.

Em relação à freqüência de inclusão, VERRI et al.²⁷(1973), estudando 3000 casos, observaram que o 3º molar inferior foi o dente que se apresentou incluso com maior freqüência, seguido do 3º molar superior, canino superior, supra-numerário, pré-molar, incisivo, canino inferior e outros, respectivamente. Quanto ao tipo de

inclusão, a intra-óssea foi a mais encontrada, seguida de sub-mucosa e semi-inclusão, respectivamente. APPIAH-ANNANÉ; APPIAH-ANNANÉ¹ (1997), encontraram 381 (76%) dos dentes parcialmente erupcionados e o restante, não erupcionados.

Analisando um grupo de pacientes quanto à posição que o dente incluso se encontrava, KRAMER & WILLIAMS²⁷ (1970), observaram que a posição méso-angular foi a mais freqüente, seguida das posições horizontal, vertical, disto-angular, vestibulo-angular, línguo-angular e invertida, nessa ordem.

Quanto à necessidade e oportunidade de intervenção cirúrgica para a remoção de dentes inclusos, as opiniões dos autores não são unânimes. BRICKLEY; SHEPARD³ (1993); CRESTANELLO⁴ (1994), investigaram a oportunidade de cirurgia de extração de terceiros molares inferiores, de acordo com o USA National Institutes of Health, que recomenda realizar tal cirurgia apenas nos casos de um ou mais episódios de pericoronarite; terceiro molar com processo carioso sem possibilidade de restauração; cárie distal no dente adjacente; doença periodontal (resultando em destruição óssea); evidência de espessamento folicular; reabsorção do terceiro molar ou do dente adjacente e motivos ortodônticos, sendo que este último motivo foi a causa de maior indicação da cirurgia (56,67%). Por outro lado, HAZELKORN; MACEK¹⁰ (1994), citaram em seu trabalho o ponto de vista de cada especialista na remoção de terceiros molares. Segundo estes autores, ortodontistas indicam porque podem ocasionar apinhamento dental anterior; periodontistas porque localizações anormais dos terceiros molares podem causar danos periodontais ao adjacente; cirurgiões buco-maxilo-faciais, por mencionarem que a retenção destes dentes aumenta a chance de morbidade operativa se

removidos posteriormente. Os autores citam ainda que alguns clínicos também acreditam que a remoção destes dentes é uma forma de profilaxia contra os distúrbios citados. Na ausência de boa evidência para suportar a remoção profilática, parece haver uma pequena justificativa para a remoção de terceiros molares impactados livres de patologia, segundo SONG et al²³ (1997). Já MERCIER; PRECIOUS¹⁶ (1992), realizaram uma revisão de literatura analisando os riscos e benefícios da realização ou não da cirurgia de terceiros molares inclusos. Quanto ao risco da não-intervenção, encontraram reabsorção do dente adjacente e desenvolvimento de patologias, como infecções, cistos e tumores. O risco de intervenção foi avaliado em três parâmetros: Menor temporário: alteração nervosa sensorial, alveolite, trismo e infecção, hemorragia, fratura dentoalveolar e deslocamento do dente. Menor permanente: injúria periodontal, injúria ao dente adjacente e danos à articulação têmporo-mandibular. Maior: infecção em órgãos vitais, fratura da mandíbula e tuber da maxila. Quanto aos benefícios da não-intervenção, os autores destacaram a ausência de risco, a preservação de um dente funcional e preservação da parede residual. Já os benefícios da intervenção foram analisados quanto à idade e em relação à técnica

terapêutica adotada. MARKER et al.¹⁴ (1994), analisando 57 casos de fraturas de ângulo da mandíbula, com presença de terceiros molares semi-inclusos, concluíram que, nestes casos, é preferível a manutenção do órgão dentário, utilizando a técnica de redução fechada, com vistas à preservar estrutura óssea e evitar infecções.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados aleatoriamente através de sorteio a partir de uma relação de alunos fornecida pela Universidade Federal do Piauí, 80 acadêmicos do Curso de Odontologia da referida instituição de ensino superior, sendo 28 do sexo masculino e 52 do sexo feminino; com idade variando entre 18 e 24 anos.

Inicialmente, todos os indivíduos selecionados preencheram uma ficha, respondendo um questionário de anamnese e em seguida foram examinados clinicamente e radiograficamente, com o objetivo de detectar possíveis transtornos causados pelas inclusões dentárias e diagnosticar corretamente a presença ou ausência de dentes inclusos, assim como suas possíveis localizações, anomalias e relações com estruturas vizinhas.

As tomadas radiográficas utilizadas foram as periapicais, utilizando-se posicionadores de filme

radiográfico, a fim de obtermos padronização das tomadas. Os filmes utilizados foram periapicais Kodak Ultraspeed★ velocidade "D", com tempo de exposição de 0,6 segundos^{6,22}. Como foram utilizados posicionadores de filmes radiográficos, no caso de tomadas periapicais, aumentou-se em 0,4 segundos o tempo de exposição convencional, visto que houve um aumento da distância do feixe útil de radiação, compensada pela elevação do tempo de exposição^{6,22}. O aparelho de raios X utilizado foi o Spectro I (1070)◇, de 10 mA e 60 Kv. Todos os pacientes submetidos ao exame radiográfico foram devidamente protegidos com avental de borracha plumbífera.

RESULTADOS

Os dados obtidos através dos exames clínico e radiográfico foram submetidos a análise estatística através da descrição dos percentuais e testes de proporção para duas amostras, além do teste de associação utilizando o χ^2 (Qui-quadrado) para inferência, não para métrica. Ambos os testes usaram o nível de significância de 5%. O programa utilizado para o teste χ^2 foi o StatX Act 3.1. Os resultados estão dispostos em gráficos, como segem.

★ Eastmam Kodak Company
◇ Dabi Atlante Equipamentos Odontológicos S.A.

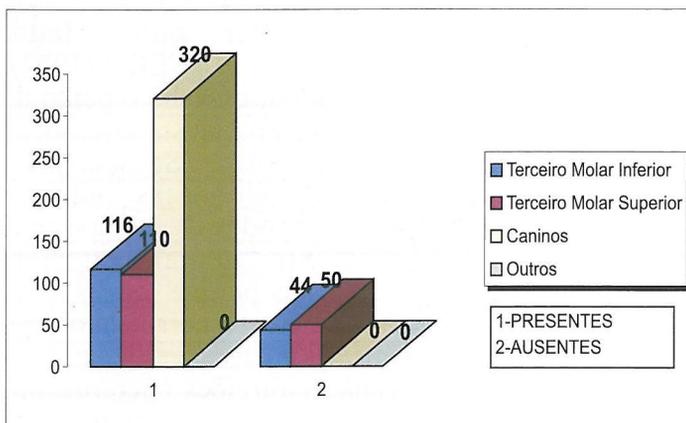


Gráfico 01 - Número de dentes ausentes por órgão dentário em exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí.

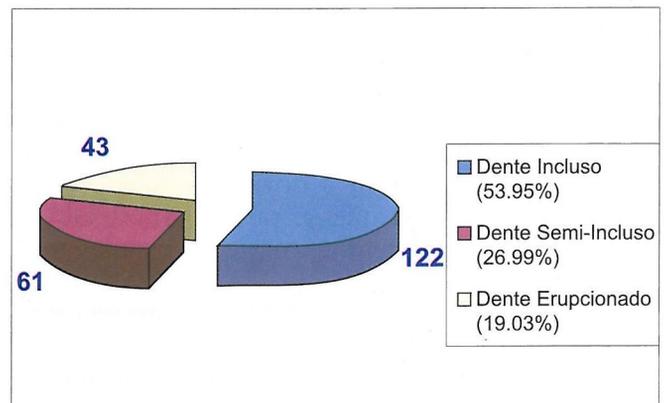


Gráfico 02 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto à presença de inclusão dentária, em relação aos dentes terceiros molares.

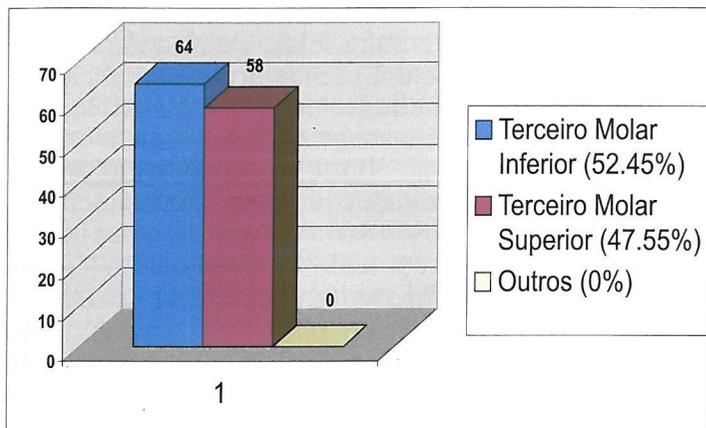


Gráfico 03 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto à frequência de inclusão dentária.

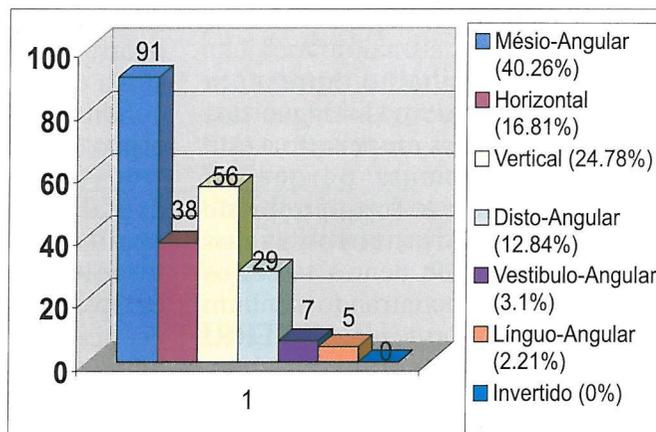


Gráfico 04 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto à posição do órgão dentário em relação ao adjacente.

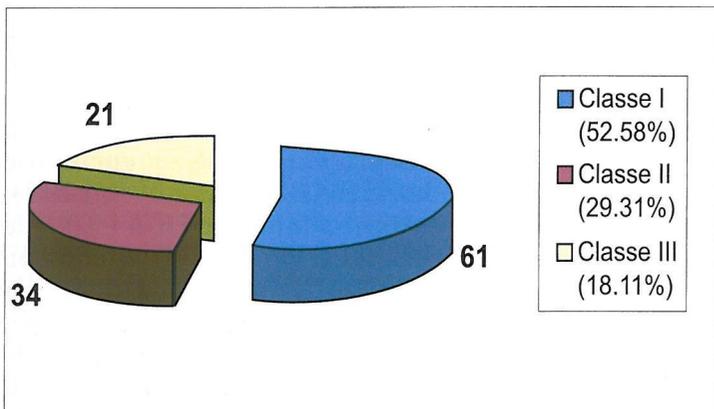


Gráfico 05 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto à posição do órgão dentário em relação à borda anterior da mandíbula (Pell & Gregory), no caso de terceiros molares inferiores

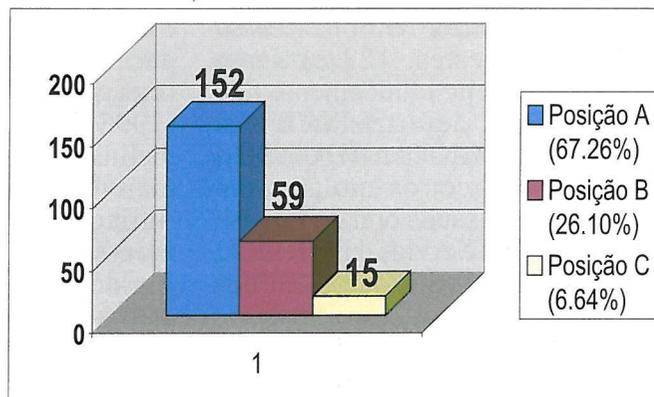


Gráfico 06 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, seguindo a classificação de Pell & Gregory, em relação à posição de profundidade em relação ao adjacente.

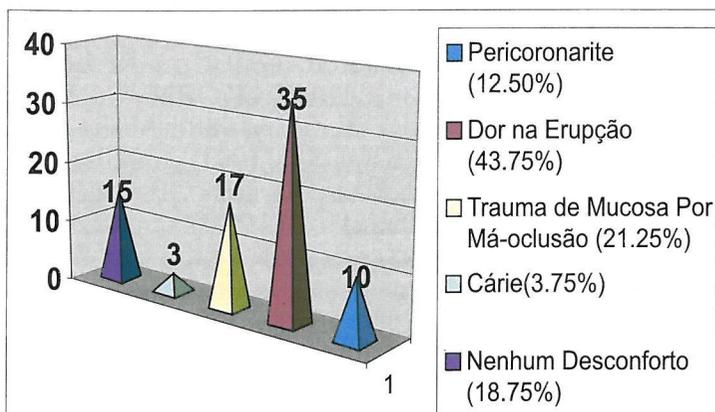


Gráfico 07 - Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto à presença de transtornos causados por dentes inclusos (n=80).

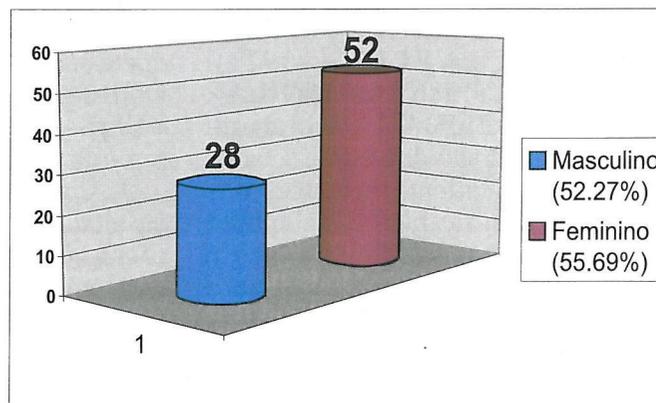


Gráfico 08: Dados obtidos a partir de exames em acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Piauí, quanto ao sexo dos pacientes examinados.

DISCUSSÃO

Este trabalho apresenta alguns dados que o distingue dos demais realizados em relação a este tema. Inicialmente porque ao investigarmos a frequência de inclusão dentária, encontramos somente casos de dentes terceiros molares, não encontrando nenhum outro caso, conforme relatou VERRI²⁷ (1973). Avaliando-se que este dente (3º molar) é o mais freqüente de ser encontrado em inclusão GRAZIANI⁷, (1986); GREGORI (1988); MARZOLA¹⁵ (1988); MOREIRA¹⁷ (1996); VERRI²⁷ (1973); ZANINI²⁹ (1990), segundo o gráfico 01 e gráfico 06, pudemos observar que, em um universo de 226 terceiros molares analisados, 116 eram inferiores e 112 eram superiores; destes, 122 estavam inclusos, ou seja, clinicamente não era possível determinar a sua presença. VENTÄ²⁵ (1993), analisando terceiros molares em acadêmicos de saúde oral do Finnish Student Health Service, em Helsink, Finlândia, observou que 50% dos terceiros molares não estavam erupcionados, 34% parcialmente erupcionados (semi-inclusos); e 16 % estavam erupcionados. Conforme o gráfico 02, os valores encontrados foram de 53.95% não erupcionados, 26.99% parcialmente erupcionados e 19.03 % erupcionados. A análise comparativa dos dados permite afirmar que há semelhança entre os trabalhos. Dos dentes inclusos, a maioria eram de terceiros molares inferiores (gráfico 02). Segundo VERRI²⁷ (1973); GRAZIANI⁷ (1986); MARZOLA¹⁵ (1988); MOREIRA¹⁷ (1996); o 3º molar inferior é o dente que se acha mais freqüentemente incluso.

As causas para tal, no ponto de vista de MOREIRA¹⁷ (1996), seriam a falta de espaço para a erupção causada por transtornos de desenvolvimento dos maxilares, que podem ser de causas embriológicas, mecânicas, nervosas e neoplásicas. Pelo que verificamos de acordo com os nossos resultados, a inclusão

dentária, na maioria das vezes, não ocorre devido a um fator isolado, e sim a uma somatória de fatores que condicionariam a não erupção do órgão dental.

Quanto à posição do órgão dental em relação ao adjacente, analisando um universo de 226 terceiros molares (não erupcionados, parcialmente erupcionados e erupcionados), observamos que a posição méso-angular foi a mais freqüente (gráfico 03). Os dados encontrados são semelhantes aos de VERRI²⁷ (1973), e de VENTÄ²⁵ (1993). Não foram encontrados casos onde o órgão dental estivesse em posição invertida, ou ao menos próxima a esta. Caso haja necessidade de exodontia, a posição méso-angular é uma das que oferece dificuldades para o cirurgião realizar a intervenção. Segundo VENTÄ²⁵ (1993), quanto maior o grau de inclinação do longo eixo do dente, maiores as chances de inclusão/impacção. Por vezes, torna-se necessário o seccionamento dental a fim de que o órgão seja removido, sem causar danos às estruturas remanescentes.

Observando-se a relação dos terceiros molares inferiores (U=116) quanto à sua posição em relação à borda anterior da mandíbula, de acordo com a classificação de PELL & GREGORY^{8,17}, encontramos a maior parte dos dentes em posição classe I, seguido da posição classe II e da classe III (gráfico 04).

Quanto à profundidade em relação ao adjacente, encontramos que a maioria estava na posição A. Os resultados obtidos diferem de VENTÄ²⁵ (1993), que encontrou a maioria dos dentes em posição B.

A análise destes resultados até então nos permite idealizar um protocolo do grau de dificuldade de remoção de dentes inclusos, de acordo com a posição em que este se encontre. O órgão de maior dificuldade de remoção seria o que estivesse em posição C, horizontal e, no caso de terceiros molares mandibulares, em classe III.

Necessário se faz lembrar que a literatura relata casos anômalos de inclusão dentária, onde a posição não obedece à classificação utilizada^{9,13,21,28}.

Quanto aos transtornos causados por estes dentes inclusos, dos 80 (oitenta) pacientes examinados, 35 relataram dor na erupção, um percentual de 43.75% (gráfico 07). Por outro lado VENTÄ²⁶ (1993), encontrou um percentual de 20% dos casos enquanto T.I. BERGE (1993)²⁴, encontrou aproximadamente 21%. Segundo este último, a dor na erupção é causada pela compressão da mucosa gengival pelo órgão dental que tenta irromper no arco. Clinicamente, observa-se um edema na região, podendo ainda haver áreas eritematosas.

Encontramos apenas 10 casos de pericoronarite, ou em percentual, 12,5% enquanto VENTÄ²⁶ (1993), encontrou 53% e BERGE²⁴ (1993), aproximadamente 44%, e BRICKLEY³ (1996) encontrou 55.93%. Tal diferença pode ser justificada visto que a população-alvo era de estudantes de odontologia, onde acredita-se que os cuidados com a saúde oral sejam maiores.

WOWERN, citado por MERCIER & PRECIOUS¹⁶ (1991), revelou que a pericoronarite é a maior causa (40%) de remoção dos terceiros molares inferiores em diferentes grupos etários. Segundo BRICKLEY³ (1996); CRESTANELLO⁴ (1994); GRAZIANI⁷ (1986); GREGORI⁸ (1988); HAZELKORN¹⁰ (1994); MARZOLA¹⁵ (1988); MERCIER; PRECIOUS¹⁶ (1991); NOGUEIRA et al.¹⁹ (1997); BERGE²⁴ (1993); ZANINI²⁹ (1990); é uma das indicações para a remoção de tais dentes.

A má posição pós-eruptiva do órgão dental é a causa principal de trauma na mucosa. Observou-se 17 casos (21,25%) de trauma de mucosa por má oclusão. VENTÄ²⁶ (1993), encontrou 11% de casos. Já

BERGE²⁴ (1993), 2.25% trauma de mucosa. Quando não se pode intervir ortodonticamente, é uma das causas de exodontia, uma vez que é sabido que traumas constantes na mucosa podem causar alterações neoplásicas.

Casos de cárie observados foram somente em número de 03 (três), perfazendo 3.75% do total. VENTÄ²⁵ (1993), encontrou 8%, enquanto que BERGE²⁴ (1993), observou 17.8% de casos. BRICKLEY³ (1996), incluindo casos de cárie no terceiro molar e na face distal do segundo molar adjacente, encontrou um número percentual de 7.34%. Tal achado pode ser explicado se analisarmos que a população-alvo era formada por acadêmicos de odontologia, que pressupõe-se que conheçam técnicas de higiene oral a fim de evitar tal problema.

Embora a literatura consultada relate casos onde ocorreram tais patologias, causadas por dentes inclusos BANDERAS² (1996); BRICKLEY³ (1996); CRESTANELLO⁴ (1994); ELIAS⁵ (1995); GRAZIANI⁷ (1986); GREGORI⁸ (1988); GRANITE⁹ (1995); HAZELKORN¹⁰ (1994); JANINI¹¹ (1990); LAN SU¹² (1996); MARZOLA¹⁵ (1988); MOREIRA¹⁷ (1996); NOGUEIRA et al¹⁹ (1997); SONG²³ (1997); BERGE²⁴ (1993); VENTÄ²⁵ (1993); VENTÄ²⁶ (1993); ZANINI²⁹ (1990), não verificamos nenhum caso onde houvesse a presença ou sugestão clínico/radiográfica de cistos e/ou tumores de origem odontogênica.

Quanto ao sexo, analisamos 28 pacientes masculinos e 52 do sexo feminino. Não nos pareceu haver uma grande diferença em termos de inclusão dentária em relação a este item. De fato, o homem, por ter um crescimento ósseo de extremidades maior do que a mulher, pode apresentar menores taxas proporcionais de inclusão dentária, conforme o encontrado (gráfico 08). No entanto, acreditamos que são outros fatores associados a este que irão determinar a inclusão ou não do

órgão dental em questão.

CONCLUSÕES

Nas condições experimentais do presente estudo, concluímos que:

1. O principal transtorno causado pelos dentes inclusos foi a dor, seguida de trauma de mucosa, má oclusão e pericoronarite;

2. O terceiro molar inferior teve, seguido do superior, a maior frequência de inclusão;

3. A posição mais freqüente dos terceiros molares em relação ao adjacente foi a méso-angular;

4. Em relação à borda anterior, a posição classe I de PELL&GREGORY foi a que encontrou-se com maior incidência;

5. A posição A de PELL&GREGORY foi a mais freqüente em relação ao plano oclusal dos dentes adjacentes.

SUMMARY

In daily clinical practice, several cases of impacted teeth can occur. A tooth can be considered impacted when it can't undergo full eruption after complete root formation due to an obstruction in it's path. Many theories has been suggested to explain the etiology of teeth impaction and this include hereditary and genetic factors, lack of space for eruption, reduced growth at the posterior region of the jaw due to earlier extraction in primary dentition, among others. Little controversy surrounds the impacted teeth making association with pathological changes, such as infection, cysts, tumors, reabsorption of adjacent tooth roots, trismus and lose of dental space in the arch.

This study was carried out at the dental students of the Piaui State University. The diagnosis of third molars was based on clinical and radiographic findings. The authors found that the main problem caused by a wisdom tooth impacted was

pain, following by damage of the gum and pericoronaritis. Analysis of the radiographic result showed that mesioangular type of impaction was the commonest finding and the number of lower molars was higher than the upper molars. There was no statistic difference between men and women.

UNITERMS

Included Teeth; Dental Impaction; Oral Surgery.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. João Batista Telles da disciplina de bioestatística do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí pela valiosa contribuição na revisão estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-APPIAH-ANANE, S.M.G.& APPIAH-ANANE. Protection of the Lingual Nerve During Operations on the mandibular Third Molars: A Simple Method. **Brit J Oral Maxillof Surg** 35 (3): 170-2, jun, 1997.
- 2-BANDERAS,J., et alli. Bilateral Mucous Cell Containing Dentigerous Cysts of Mandibular Third Molars: Report of an Unusual Case. **Archives of Medical Research** 27 (3): 327-329, 1996.
- 3-BRICKLEY, M.R & SHEPARD J.P. An Investigation of the Rationality of Lower Third Molar Removal, Based on USA National Institutes of Health Criteria. **Brit Dent Journal** 180 (7):249-254,1996.
- 4-CRESTANELLO,J.P.. Terceros Molares: Indicaciones para su Extracción. **Odont Uruguay** 42(1):

17-22, 1994.

5-ELIAS,R. Cisto Dentífero. **RGO** 43(1):30-31, Jan/Fev.,1995.

6-FREITAS, A., ROSA J. E., SOUZA, I. F.. **Radiologia Odontológica**. 3ª edição. Editora Artes Médicas LTDA, São Paulo,1994.

7-GRAZIANI, M. **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**. 7ª edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,1986.

8-GREGORI, C. **Cirurgia Odontológica Para o Clínico Geral**. 1ª edição. Editora Sarvier, São Paulo, 1988.

9-GRANITE,E.L., et alli. Asymptomatic Impacted Mandibular Third Molar in the Subcondilar-Sigmoid Notch Region Associated With Extensive Sclerotic Bone. **J Oral Med** 40 (2): 91-97. April-June,1995.

10-HAZELKORN, H.M; MACEK, M.D. Perception of Need for Removal of Impacted Third Molars by General Dentists and Oral and maxillofacial Surgeons. **J Oral Maxillof Surg** 52 (7) : 681-6, 1994.

11-JANINI,M.E.R., et alli. Cisto Dentífero Associado à Dente Incluso no Palato. **RGO**,38(2):113-124, Mar/Abr., 1990.

12-LAN SU & WHEATHERS, D.R.. Mandibular Radiolucencies Associated with Bilateral Impacted Canines. **Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol** 82(5):493-495, 1996.

13-LEE, L. ; W., LOO-CHENG. Transantral Approach to the Deeply Placed, Unerupted Maxillary Third

Molar. **J Oral Maxillof Surg** 53(8):969-970, 1995.

14-MARKER, P.; ECKERDAL, A.; SMITH-SIVERRSTEN, C. . Incompletely Erupted Third Molars in the Line of Mandibular Fractures – A Retrospective Analysis of 57 Cases. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**. 78(4) : 426-31, oct, 1994.

15-MARZOLA,C.. **Retenção Dental**. 1º edição. Editora Pancast Editorial. São Paulo,1988.

16-MERCIER & PRECIOUS. Risks and benefits of removal of impacted third molars. A critical review of literature. **J Oral Maxillofac Surg** 21: 17-27, 1992.

17-MOREIRA,J.G.C. “Dentes Inclusos”. In: **Atualização na Clínica Odontológica - A Prática da Clínica Geral**. Editora Artes Médicas, São Paulo, 1996.

18-NEMCOVSKY, C.E.. Effect of Non-Erupted Third Molars on Distal Roots and Supporting Structures of Approximal Teeth – A Radiographic Survey of 202 Cases. **J Clin Period** 23(9):810-815, 1996.

19-NOGUEIRA, A.S.; PONZONI, D.; PASINATO, E.; FERRARI, L.K. ;FARIAS, R.D.. Principais Transtornos Ocasionados por Dentes Inclusos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, 51 (3): 247-249, Mai/Jun, 1997.

20-OKAMOTO, T.. **Cirurgia Bucal. Fundamentos Aplicados à Clínica**. 1ª edição. Editora Médica Panamericana, São Paulo,1987.

21-ROSA, E.L.S. Remoção de Terceiro Molar Superior do Espaço

Infra-Temporal. **RGO**,42 (6): 344-346., nov, 1994.

22-ROSA, J. E. . **Métodos Radiográficos Especiais Para o Dentista Clínico**. 2ª edição. Editora de Publicações Científicas Ltda, Rio de Janeiro,1994.

23-SONG,F. et alli. Prophylatic Removal of Impacted Third Molars: an Assessment of Published Reviews. **Brit Dent Journal** 182 (9):339-346,1997.

24-T.I. BERGE & O.E. BOE. Symptoms and Lesions Associated With Retained or Partially Erupted Third Molars. **Acta Odontol Scand** 51 (2) : 115-21, 1993.

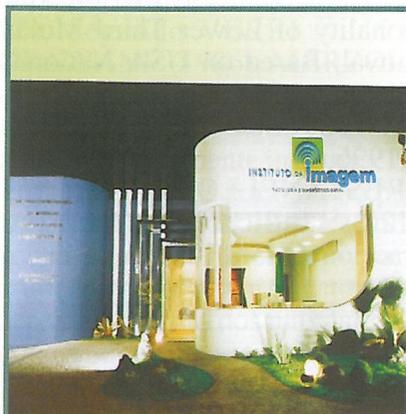
25-VENTÄ, I.. Predictive Model For Impaction Of Lower Third Molar. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 76 (2): 699-703. Dec,1993

26-VENTÄ, I., et alli. Third Molars as an acute problem in Finnish University students. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 76(2): 135-40. Aug,1993

27-VERRI, A.R. et alli. Estudo Clínico-radiográfico da Incidência dos Dentes Inclusos em 3000 indivíduos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, 27 (5): 274-279, set/out, 1973.

28-ZACHARIADES, D.D.S., et alli. Germinated Lower Third Molar. Reported of an uncommon case. **J Oral Med** 40 (4): 208. Oct-Dec,1985.

29-ZANINI, Sílvio A. .**Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. 1ª edição. Editora Revinter, Rio de Janeiro,1990.



Instituto da Imagem, antiga Radio Imagem.
É tecnologia e calor humano.
É imagem, mas também é conteúdo

- Instalações físicas modernas
- Equipamentos de última geração
- Atendimento personalizado
- Diagnóstico de patologias bucais



INSTITUTO DA **Imagem**

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO BUCAL

Eliana Vanessa Carneiro
RT- CRO/GO 4580

Avenida Santos Dumont, 446 Jundiá-Anápolis - Goiás - Telefax (62) 324-6567
institutodaimagem@terra.com.br