



Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Terceiro molares impactados: Prevalência, Etiologia e Tratamento

Autor: Paulo Da Silva Moreira
Orientador: Prof. Doutor Luís Manuel Duarte Martins da Silva

2019

Declaração de Integridade

Eu, Paulo Da Silva Moreira, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Terceiro molares impactados: Prevalência, Etiologia e Tratamento".

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio.

Declaro ainda que todas as frases que foram retiradas de trabalhos anteriores, pertencentes a outros autores, foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Luís Manuel Duarte Martins da Silva

O aluno: Paulo Da Silva Moreira

2019

Aceitação do Orientador
Declaração

Eu, Luís Manuel Duarte Martins da Silva , com a categoria profissional assistente convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “Terceiro molares impactados: Prevalência ,Etiologia e Tratamento”, do aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Paulo Da Silva Moreira, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, Setembro, 27,2019

O Orientador, Professor Doutor Luís Manuel Duarte Martins da Silva

2019

Agradecimentos

Em primeiro lugar tenho que agradecer ao Senhor Jesus Cristo, por me ajudar em todos os meus momentos de necessidade. Aos meus melhores amigos que sempre vão ter um lugar especial no meu coração. A todos os meus professores que ao longo da minha carreira acadêmica ajudaram a tornar me um aluno melhor, um indivíduo melhor e inspirar a ser o melhor profissional que sei que posso ser. Gostaria de agradecer ao professor orientador Doutor Luís Manuel Duarte Martins da Silva por me orientar durante este projeto. E o mais importante, quero agradecer a minha família, especialmente aos meus pais que sacrificaram tanto para que eu pudesse perseguir meu sonho de ser um dentista. Estou verdadeiramente agradecido.

Resumo

A literatura demonstra que a inclusão dentária é um fenômeno frequente, havendo uma variação considerável da prevalência e distribuição de dentes inclusos nas diferentes zonas da cavidade oral.

Os dentes com maior probabilidade de serem considerados inclusos são os terceiros molares superiores e inferiores seguidos pelos caninos superiores.

A definição de inclusão não é consensual. A etiologia relativa aos dentes impactados depende de fatores genéticos e ambientais, que provocam um bloqueio pelos dentes adjacentes ou osso, pela falta de espaço ou por uma má-posição dos próprios dentes.

Relativamente aos terceiros molares, embora alguns possam ser considerados assintomáticos, outros podem causar complicações: dor, infecção, quistos, fraturas mandibulares, tumores ou alteração do posicionamento dos dentes anteriores da mandíbula, bem como provocar cáries e a reabsorção da raiz do dente adjacente.

Objetivos: A revisão bibliográfica tem como objetivo clarificar quais são os terceiros molares inclusos com maior prevalência, e a sua etiologia e terapêutica clínica.

Palavras-chave: Terceiro molar impactado, Canal alveolar inferior, Terceiro molar, má oclusão.

Abstract

Title: Third molars impaction: Prevalence, Etiology and Treatment

The literature demonstrates that impaction is a frequent phenomenon, with a considerable variation in the prevalence of distribution of the impacted tooth in the different zones of the oral cavity.

The teeth with the higher prevalence are the third molars, which are more likely to be included and followed by upper canines. The definition of inclusion is not consensual.

The etiology of impacted teeth depends on genetic and environmental factors, leading to a blockage caused by adjacent teeth or bone, lack of space or a tooth. At the level of third molars, although some may cause complications: pain, infection, cysts, mandibular fractures, tumors or poor position of the anterior teeth of the mandible. They can also cause cavities and reabsorption of the root of the adjacent tooth.

Objectives: This narrative review aims to clarify which 3rd molar exhibits a higher prevalence, etiology and clinical therapy.

Key-Words: Third impacted teeth, Inferior alveolar canal, Molar, Malocclusion.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS: PREVALÊNCIA, ETIOLOGIA e TRATAMENTO

1. Introdução	1-2
2. Objetivo	2
3. Materiais & Métodos	2
4. Revisão Narrativa	3
4.1.1 Etiologia dos terceiros molares impactados	3
4.1.2 Prevalência Geral	4
4.1.3 Avaliação Imagiológica	5
5 Classificação dos terceiros molares inferior e superior e prevalência	6
5.1.1 Classificação de Pell e Gregory	6
5.1.2 Classificação de Winter	7
5.1.3 Nova Proposta de Classificação	7-9
5.1.4 Determinado a Dificuldade Cirúrgica	10
5.1.5 Resumo	10
6 Patologias associados aos terceiros molares e prevalência	11
6.1.1 Pericoronarite	11
6.1.2 Doença periodontal	11
6.1.3 Cárie Dentária	12
6.1.4 Reabsorção Radicular Patológica	12
6.1.5 Quistos e Tumores Odontogênicos	12
7 Procedimentos de Extração	13
7.1.1 Anatomia Clínica do Terceiro Molar	13
7.1.2 Técnica	13-14
7.1.3 Anestesia local	14
7.1.4 Terceiro Molar Inferior	14

7.1.5	Terceiro Molar Superior	14
7.1.6	Osteotomia	15
7.1.7	Desinfetar e Suturar	16
7.1.8	Instruções Pós- Operatórios	17
8	Contraindicações	17-18
9	Discussão	18-20
10	Conclusão	21-22
11	Bibliografia	23-27

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das disciplinas de Estágio Supervisionado

1	Introdução	29
2	Estágio em Clínica Geral Dentária	29
3	Estágio em Clínica Hospitalar	30
4	Estágio em Saúde Oral e Comunitária	31-32
5	Considerações Finais das Atividades de Estágio	32

Índice de Figuras:

Figura 1:	Ortopantomografia e CBCT (14)	5
Figura 2:	Classificação de Pell e Gregory (21)	6
Figura 3:	Classificação de Winter (22)	7
Figura 4:	Classificação do dente (A) e predição da exodontia complicada (B) (14)	9

Índice de Tabelas:

Tabela 1:	Classificação da impactação do terceiro molar inferior (14)	8
Tabela 2:	Instruções Pós-Operatórios (29)	17

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O procedimento cirúrgico mais comum realizado na maioria das cirurgias são da boca maxila facial e da remoção de terceiros molares impactados. A pratica acumulada, e a capacidade da técnica e a experiência permitem que este procedimento seja realizado o menos traumático possível com anestesia local, sedação ou anestesia geral. A decisão de remover terceiros molares com sintomatologia geralmente não é difícil, mas a decisão de remover os terceiros molares assintomáticos é menos clara e requer experiência clínica. Uma vez tomada a decisão de remoção do terceiro molar impactado, é necessária uma ferramenta de classificação, baseada quer no exame clínico quer nos meios auxiliares. Esta avaliação durante o exame clínico prevê o grau de exigência da cirurgia e complicações cirúrgicas possíveis. Em sistema de classificação é uma ferramenta útil para categorizar o grau de impactação e planejar uma abordagem cirúrgica que facilite a remoção e minimize os efeitos secundários desta cirurgia.¹

Existem inúmeros dados sobre o tema, tendo como objetivo fornecer aos médicos dentistas diretrizes sobre a cirurgia eletiva de terceiros molares.²⁻⁵

A associação entre a patologia periodontal e a cárie oclusal em pacientes com terceiros molares assintomáticos foi estudada anteriormente. Vinte e cinco por cento dos pacientes com terceiros molares assintomáticos demonstraram um aumento na profundidade à sondagem periodontal e perda de inserção, aumento da periodontite, colonização de microrganismos patogénicos e aumento dos níveis de mediadores de inflamação.⁶⁻⁸

Atualmente recomenda-se que as indicações terapêuticas para a remoção eletiva do terceiro molar devem ser baseadas na avaliação clínica da cavidade oral, com o consentimento informado do paciente. Escolher uma opção de tratamento para os doentes devem ser guiados por (1), que estabelece os critérios de diagnóstico defensável som que existe uma condição e é passível de tratamento, (2) assegurar que os cuidados prestados deve ser previsivelmente eficaz com níveis crescentes de segurança o mais electivo o procedimento (3), fazendo com que o paciente consciente das consequências do tratamento versus nenhum tratamento, (4) considerando questões de qualidade de vida

relacionada com a saúde, juntamente com questões clínicas, e (5) considerando o custo para a sociedade na decisão final para tratamento.^{9,10}

2. Objetivo

No presente trabalho de revisão narrativa pretendemos descrever a etiologia, o tratamento e a prevalência dos terceiros molares impactados e abordar quais as alterações e as lesões provocadas.

3. Matérias e Métodos

A metodologia utilizada foi baseada numa pesquisa na base de dados "PubMed" , EBSCOhost , Science Direct e Research gate. A pesquisa científica teve limitação desde do ano 2002 até ao ano 2018 de publicação em língua inglesa e portuguesa. Todavia, também foi consultado literatura em formato de livros relacionado com o tema. Recorreu-se às palavras-chave "Third Impacted teeth", "Inferior alveolar canal", "Molar", "Malocclusion.". A pesquisa foi realizada entre os meses de Janeiro a Setembro de 2019 tendo sido recolhidos 87 artigos, e 40 artigos, considerados mais pertinentes. A seleção da informação científica baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos, aos objetivos do estudo. De forma a completar esta pesquisa, foi consultado o Livro Peterson Principles of Oral and Maxillofacial Surgery Third Edition 2011.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de terceiro molares impactados:

Artigos escritos em inglês e português; artigos que abordam o tema a influência da *Terceiro Molares Impactados: Prevalência, Etiologia e Tratamento* no rendimento de cirurgia; e artigos publicados no período entre anterior a 2002 ou a 2018 para consolidação de informação. Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: Artigos que após leitura do título e resumo não abordavam o tema em questão.

4. Revisão Narrativa

4.1.1 Etiologia dos terceiros molares impactados

A etiologia da impactação do terceiro molar ainda é uma incógnita para a qual ainda não foi possível encontrar uma boa explicação.¹¹ Está a ser investigada em muitos estudos internacionais e, por isso, muitos fatores estão a ser considerados como possíveis causas da retenção do terceiro molar, tais como a falta de espaço distal para o segundo molar permanente, o atraso na mineralização do terceiro molar ou a maturação física precoce.¹²

Na maioria dos estudos, não foi anunciada uma raça mais comum. No entanto, noutros estudos é afirmado que é nos caucasianos do género feminino que são mais comuns este tipo de situações de inclusão e impactação.¹³

Um dos possíveis fatores etiológicos da impactação e inclusão pode passar pela má posição do germe do dente ou o inapropriado padrão de erupção.¹¹

De facto, muitas teorias têm sido propostas para a elevada incidência da inclusão e impactação de terceiros molares. Uma das mais populares tem mesmo sido a insuficiência no desenvolvimento do espaço retromolar.¹⁴

Foi confirmado pelo mesmo autor (Albhairain et al. 2011) através do estudo das diferentes angulações e das medições dos pontos de contacto distais do segundo molar mandibular e da junção do bordo anterior do ramo com o corpo da mandíbula. A direção da dentição na erupção, o crescimento vertical do côndilo e o comprimento da mandíbula são também indicados como possíveis fatores etiológicos.¹³

Outra explicação para a impactação do terceiro molar pode ser dada pelos distúrbios que podem ocorrer durante a formação do dente, pois durante o seu desenvolvimento do terceiro molar muda constantemente a sua inclinação e submete movimentos rotacionais pré eruptivos importantes que ocorrem quando este se aproxima do segundo molar.¹⁵

4.1.2 Prevalência Geral

A impaction do terceiro molar está ocorrendo em até 73% dos jovens adultos na Europa. Geralmente, os terceiros molares foram encontrados em erupção entre as idades de 17 e 21 anos. Além disso, foi relatado que o tempo de erupção do terceiro molar varia com as raças. Por exemplo, os terceiros molares inferiores podem entrar em erupção a partir dos 14 anos em nigerianos e até os 26 anos em europeus.¹⁴

No entanto, num estudo relativamente recente explica que a prevalência encontrada pelo autor entre homens e mulheres, 59% em mulheres e 41% em homens afirmando que há uma elevada frequência no género feminino.¹⁶

É geralmente reconhecido que nos terceiros molares inferiores a impaction mesio-angular é responsável por aproximadamente 45% dos casos, sendo este o mais fácil de remover. A impaction vertical (40% de todos os impactados) e a impaction horizontal (10%) são intermediárias em dificuldade, enquanto a impaction disto-angular, apesar de aparecer apenas em 5% dos casos é a mais difícil.¹⁷

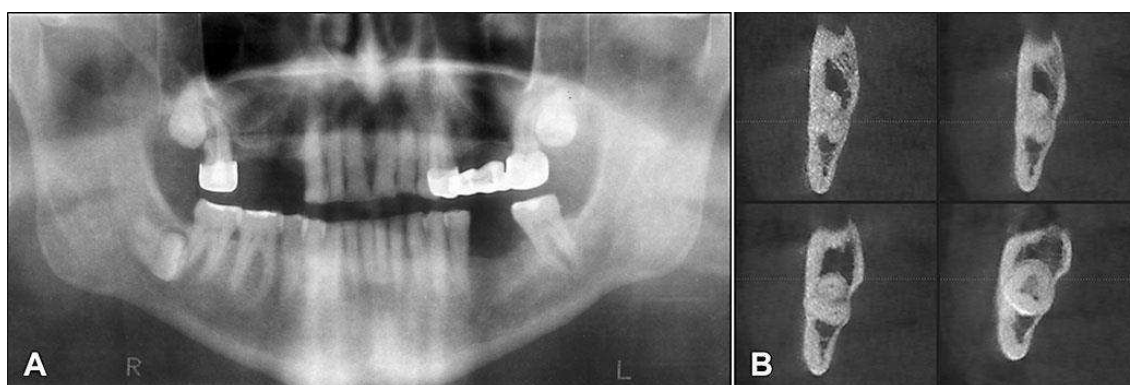
Nos terceiros molares superiores impactados o acesso à peça dentária está mais dificultado e é necessária mais remoção óssea para exposição e acesso. O osso que se sobrepõem na zona distal deste tipo de impaction é mais espesso e requer uma mais extensa remoção. A maioria dos terceiros molares superiores têm inclinação vestibular e esta posição muitas vezes pode ser confirmada por palpação. Se um terceiro molar se encontrar impactado com inclinação palatina, a sua remoção será mais difícil devido à cobertura óssea mais extensa e a uma diminuída acessibilidade.¹⁸

4.1.3 Avaliação imagiológica

Apesar do risco de lesão do nervo alveolar inferior não ter uma grande incidência (0,4% a 13,4%), faz parte das complicações mais sérias, pois pode conduzir a uma parestesia ou alteração da função neuro sensitiva, causando um entorpecimento com ou sem dor na região mentoneana da face (lábio e bochecha).¹⁹

A avaliação anatômica preditiva da relação entre o terceiro molar e o nervo alveolar inferior é realizada com um exame de diagnóstico normalmente utilizando a radiografia panorâmica ou o cone beam computed tomography (CBCT). Este exame permite ter informações radiográficas das estruturas vitais, a posição do canal mentoniano relativamente à anatomia das raízes e a falta de corticalização ao redor do nervo alveolar. Os autores concordam em dizer que as imagens panorâmicas revelam alguns sinais associados ao risco de lesão do nervo alveolar inferior. Face à sua natureza das dimensões, a sobreposição das estruturas e a exposição às radiações inclinam os Médicos Dentistas a voltar-se para o CBCT. Este método permite imagens radiográficas em três dimensões numa relação direta entre as raízes e canal alveolar inferior com uma alta resolução e uma baixa dose de radiação na avaliação dos riscos do procedimento cirúrgico. Esta avaliação prévia influencia o plano de tratamento. Estes exames combinados com a avaliação da posição do dente (classificações de Pell e Gregory e Winter) vão permitir a adaptação do procedimento cirúrgica e do plano tratamento.^{14,19}

Figure 1. Ortopantomografia e CBCT (14)



A = Na ortopantomografia, suspeita de contato próximo entre o molar mandibular direito impactado e o canal mandibular.
B = Visão mais detalhada do CBCT que revela a penetração do dente através da parede do canal mandibular (C2) e risco moderado de lesão do nervo alveolar inferior.

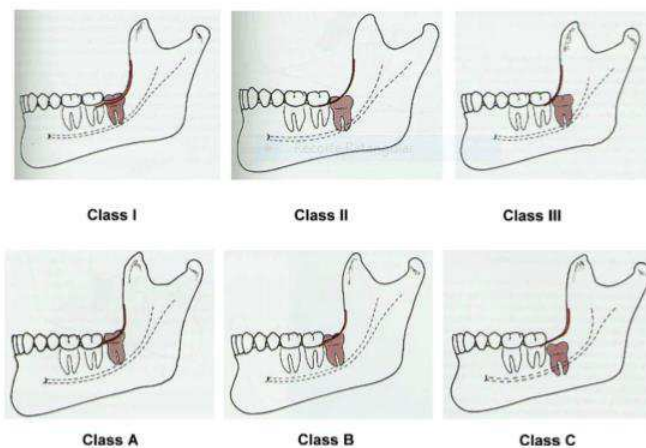
5. Classificação dos terceiros molares inferiores e superiores

A remoção de terceiros molares é das intervenções mais comuns realizadas nos consultórios dentários. Para facilitar a comunicação entre profissionais e evitar os acidentes durante e após as exodontias que normalmente se associam às posições dentárias, foram criadas diversas classificações de dentes inclusos e impactados. As mais populares, propostas por Winter e Pell e Gregory, serão abordadas neste capítulo.²⁰

5.1.1 Classificação de Pell e Gregory

A classificação de Pell e Gregory avalia dois parâmetros; a posição do dente relativa ao bordo anterior do ramo da mandíbula (designada pela classificação 123) e seu grau de impaction em função do plano oclusal do dente adjacente (classificação ABC). Demonstrando que o grau de retenção tem um padrão importante na necessidade de praticar uma osteotomia ou odontosecção e poder interferir no grau de dificuldade cirúrgica.²¹

Figure 2. Classificação de Pell e Gregory (21)



Classe I: A coroa do dente incluído está em frente do bordo anterior do ramo mandibular

Classe II: A coroa do dente incluído está a metade coberta pelo ramo mandibular

Classe III: A coroa do dente incluído está completamente dentro do ramo mandibular

Classe A: A coroa do dente incluído está ao mesmo nível do plano oclusal do segundo molar

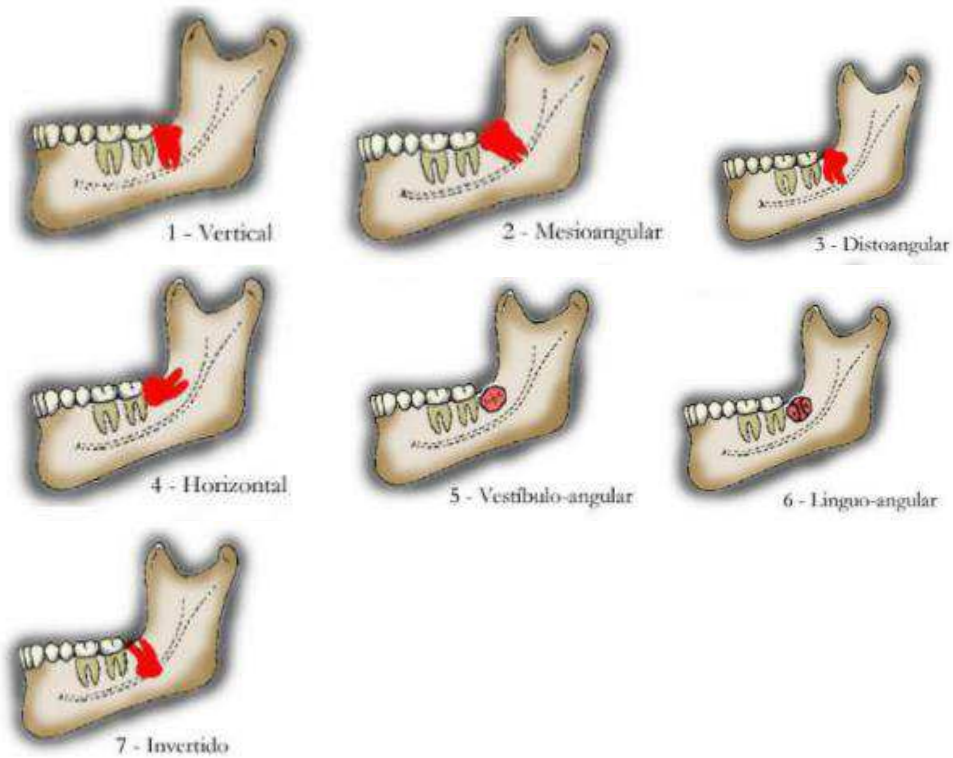
Classe B: A coroa do dente incluído está ao nível do colo cervical do segundo molar

Classe C: A coroa do dente incluído está abaixo do colo cervical do segundo molar

5.1.2 Classificação de Winter

A classificação de Winter apresenta a inclinação do dente seguido ao eixo longitudinal do segundo molar. Foi demonstrado que a impaction horizontal seguida da distal, mesioangular e por fim vertical tiveram o maior risco e maior frequência de causar dificuldade de exodontia na relação entre o padrão de impaction e o nervo alveolar inferior.^{19,22}

Figura 3. Classificação de Winter (22)



5.1.3 Nova proposta de classificação

Uma classificação inovadora mais informativa, descrita por Spiotto, Juodzbalys e Daugela em 2013 adicionando Pell e Gregory e Winter bem como outros fatores, permite medir o risco de grau de dificuldade da cirurgia.¹⁴

Tabela 1. Classificação da impactação do terceiro molar mandibular (14)

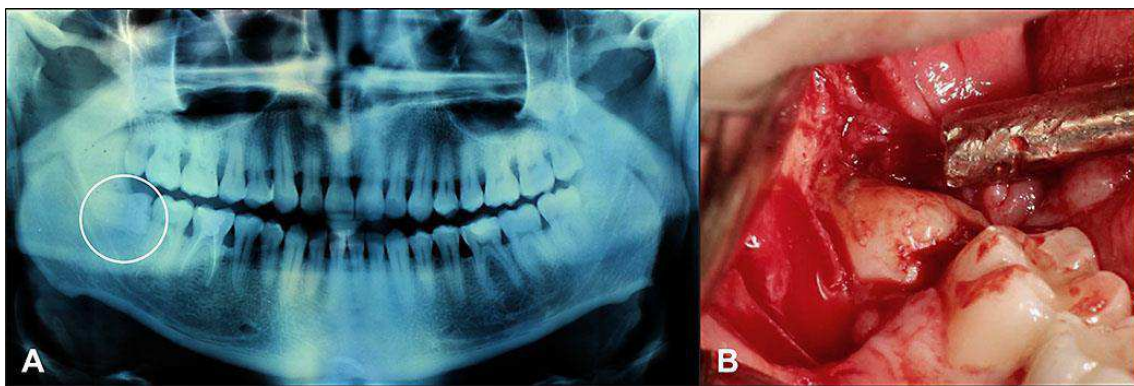
Posição do terceiro molar inferior	Grau de risco da intervenção presuntiva			
	Convencional (0)	Simplex (1)	Moderante (2)	Complicada (3)
Posição mesiodistal em relação ao segundo molar – M e ramo mandibular – R				
Relação com o segundo molar – M	Coroa direccionada para o colo cervical do segundo molar ou acima dele	Coroa direccionada abaixo do colo cervical para o terço coronal da segunda raiz molar	Coroa / raízes direccionadas para o terço médio da segunda raiz molar	Coroa / raízes direccionadas para o terço apical da segunda raiz molar
Relação com o ramo mandibular – R	Espaço suficiente na arcada dentária	Parcialmente impactado no ramo	Completamente impactado no ramo	Completamente impactado no ramo na posição distoangular ou horizontal
Posição apico coronal em relação à crista alveolar – A e canal mandibular – C (risco de lesão NAI)				
Relação com a crista alveolar adjacente (do ponto mais alto do dente) – A	O dente está completamente em erupção	Parcialmente impactado, mas a parte mais larga da coroa (cervical) está acima do osso	Parcialmente impactado, mas a parte mais larga da coroa (cervical) está abaixo do osso	Completamente coberto de osso
Relação com o canal mandibular (do ponto mais baixo do dente) – C	≥ 3 mm para o canal mandibular	Ao entrar em contacto ou penetrar no canal mandibular, pode-se identificar a parede do canal mandibular	Ao entrar em contacto ou penetrar no canal mandibular, a parede do canal mandibular não é identificada	Raízes ao redor do canal mandibular
Posição vestibular lingual em relação às paredes lingual e vestibular mandibulares – B (risco de lesão do NL)				
Relação às paredes lingual e vestibular mandibular – B	Mais perto da parede vestibular	No meio entre as paredes lingual e vestibular	Mais perto da parede lingual	Mais próxima da parede lingual, quando o dente é parcialmente impactado ou completamente envolto no osso (A2 ou A3)
Posição especial – S				
Posição especial – S	Vertical (90°)	Misto angular ≤ 60°	Disto angular ≥ 120°	Horizontal (0°) ou invertido (270°)

NAI– Nervo alveolar inferior NL– Nervo Lingual

- Se todos os parâmetros medidos são iguais a 0, a intervenção está considerada como convencional.
- Se um dos parâmetros é igual a 1, a intervenção é simples, sem necessidade de fazer uma odontosecção da coroa e/ou raízes.
- Se um dos parâmetros é igual a 2, é moderado e tem necessidade de fazer uma odontosecção da coroa e/ou raízes.
- Se um dos parâmetros é igual a 3, é complicado, e tem necessidade de fazer uma odontosecção da coroa e/ou raízes e uma abordagem extraoral pode ser indicado.

Depois, de maneira mais específica, a classificação indica vários componentes como o M (posição mesiodistal do terceiro molar em relação com o segundo molar), R (posição mesiodistal do terceiro molar com o ramo mandibular), A (posição apicocoronal com a crista alveolar), C (posição apicocoronal com o canal mandibular), B (posição vestibulolingual com as paredes lingual e vestibular) e S (posição espacial do dente).¹⁴

Como é visível na (figura 4)(¹⁴) o dente 48 é: M1, R1, A2, C2, B1, S3



A = dente 48 classificado como M1, R1, A2, C2, B1, S3 na ortopantomografia.
B = impação na posição espacial horizontal (S3): predição da exodontia complicada

M1: A coroa está em contato abaixo do equador para o terço coronal do segundo molar;

R1: A coroa está parcialmente impactada no ramo;

A2: A parte mais larga da coroa está abaixo do osso;

C2: As raízes são em contato ou penetram o canal mandibular, a parede do canal mandibular não é identificada;

B1: O dente está localizado no meio entre as paredes lingual e bucal

S3: Posição espacial horizontal

Então, pode ser antecipada uma exodontia complicada e o C2 permite dizer que o risco de lesão do nervo alveolar inferior é moderado. (figura 4) (¹⁴)

5.1.4. Determinando a dificuldade cirúrgica

A profundidade da impactação sob os tecidos duros e moles é igualmente uma consideração importante na determinação do grau de dificuldade das cirurgias. As raízes podem ser cônicas e raízes fundidas ou separadas e divergentes, sendo estas últimas mais difíceis. Um grande saco folicular ao redor da coroa do dente proporciona mais espaço para o acesso ao dente, tornando menos difícil a sua extração do que um sem espaço ao redor da coroa do dente.¹⁷

Quando os dentes impactados são removidos antes dos 20 anos, a cirurgia é quase sempre menos difícil executar. As raízes geralmente são formadas incompletamente e, assim, menos remoção óssea é necessária na extração dentária. Em contrapartida, a remoção de dentes retidos em pacientes de grupos etários mais velhos é quase sempre mais difícil. As raízes geralmente são completamente formadas e, portanto, são mais longas, o que requer mais remoção óssea, conseqüentemente existe uma maior proximidade ao canal alveolar inferior, o que aumenta o risco de parestesia.¹⁷

5.1.5. Resumo

O grau de dificuldade da cirurgia para remover um dente impactado é determinado principalmente por dois principais fatores: (1) a profundidade da impactação e o tipo de tecido e (2) a idade do paciente. Impactações ósseas completas são sempre mais difíceis de remover do que os tecidos moles impactados, e dadas duas impacções da mesma profundidade, a impactação no paciente mais velho é sempre mais difícil do que no paciente mais jovem.¹⁷

6. Patologias associados aos terceiros molares e Prevalência

6.1.1 Pericoronarite

A pericoronarite é uma condição inflamatória associada ao tecido mole ao redor de um terceiro molar parcialmente irrompido, comumente ocorre quando o terço inferior do dente não consegue erupcionar completamente e permanece parcialmente coberto por um opérculo de tecido mole devido à sua posição na mandíbula.²³ A pericoronarite pode ser tratada com uma variedade de intervenções, incluindo curetagem subgingival para remover placas e corpos estranhos, irrigação com antimicrobianos, como clorexidina, ou antibioticoterapia. A operculectomia, embora por vezes eficaz na redução dos sintomas a curto prazo, não parece proporcionar benefícios a longo prazo para a maioria dos pacientes. Nos casos em que o terceiro molar superior irrompido ou parcialmente irrompido colide com um opérculo inferior, a extração do terceiro molar superior pode ajudar no controle da dor e acelerar o processo de cicatrização. A extração do terceiro molar inferior é geralmente indicada para os pacientes uma vez que qualquer infecção e inflamação ficam resolvidos, especialmente se recorrentes. Aproximadamente 25% a 30% dos terceiros molares mandibulares impactados são extraídos por causa de pericoronarite ou pericoronarite recorrente.^{17,23}

6.1.2 Doença Periodontal

Há evidências crescentes de que dentes do terceiro molar assintomáticos, especialmente, estão frequentemente associados a patologias de profundidade de sondagem periodontal. Por outro lado, nas gengivas à volta desses dentes tem sido repetidamente observado que abrigam bactérias conhecidas por estarem associadas com o desenvolvimento da periodontite. Alguns investigadores demonstraram que estes agentes patogénicos, bactérias, são encontradas inicialmente nos locais dos terceiros molares, que podem assim servir como um reservatório para o desenvolvimento da doença periodontal mais generalizada.^{17,26}

6.1.3 Cárie Dentária

Certamente é o distúrbio mais comum dos tecidos duros associada aos dentes do terceiro molar é a cárie dentária. A cárie dentária pode estar presente devido à dificuldade do paciente em chegar à região para a efetuar corretamente os cuidados de higiene oral. A presença de cárie é responsável por 15% das extrações de terceiros molares. ^{23,24}

6.1.4 Reabsorção Radicular Patológica

A reabsorção radicular dá-se maioritariamente no segundo molar adjacente e torna-se muitas vezes um achado radiográfico que surge ao examinar o terceiro molar patológico. Na maioria dos casos a reabsorção das raízes vem associada a lesões de cárie. ²⁵

6.1.5 Quistos e Tumores Odontogénicos

Dentro das complicações tumorais, o quisto dentífero na maioria das vezes está ligado a terceiros molares inferiores não erupcionados. Normalmente é assintomático, mais predominante no género masculino e na raça caucasiana, deve ser diagnosticado precocemente de maneira a evitar que evolua para ameloblastoma. Em pesquisas retrospectivas de um grande número de pacientes, entre 1% e 2% de todos os molares extraídos, estes são removidos devido à presença de quistos e tumores odontogénicos. ^{17,26}

7 Procedimentos da extração

7.1.1 Anatomia Clínica do Terceiro Molar

O terceiro molar superior é o dente mais distal do arco maxilar aproxima-se anatomicamente do soalho e da parede posterior do seio maxilar. Existe um desafio cirúrgico com a remoção dos terceiros molares superiores devido à proximidade da fossa infra temporal. Em alguns casos, o processo coronóide da mandíbula apresenta uma obstrução que dificulta a remoção ou extração cirúrgica.^{17,27}

Os terceiros molares inferiores são os dentes mais posteriores na arcada dentária mandibular. As raízes dos terceiros molares inferiores muitas vezes aproximam-se do nervo alveolar inferior, estando mais próximas do nervo do que qualquer outro dente mandibular. Os terceiros molares inferiores também estão mais próximos do nervo lingual do que qualquer outro dente. A remoção pode ser dificultada pela posição do dente em relação à face anterior ascendente do ramo da mandíbula. O terceiro molar inferior situa-se posteriormente à inserção do músculo milo-hióideo na mandíbula, formando o soalho da boca. A placa cortical lingual da mandíbula perto dos ápices dos dentes do terceiro molar inferior pode ser fina. Na maioria dos casos, há menor dimensão vertical do osso entre os ápices radiculares do terceiro molar inferior e a borda inferior da mandíbula e do ângulo mandibular.²⁷

7.1.2 Técnica

Na abordagem o médico dentista deve ter o cuidado de obter acesso adequado ao osso e ao dente subjacente por meio de um retalho de tecido mole adequadamente projetado e refletido. O osso deve ser removido através de uma técnica não traumática, asséptica e não-produtora de calor, com o mínimo de osso removido e danificando o mínimo possível. O dente é então dividido em secções e retirado com alavancas, usando quantidades prudentes de força para evitar complicações. Finalmente, a ferida deve ser completamente desbridada

mecanicamente e por irrigação para proporcionar o melhor ambiente de cicatrização possível no pós-operatório.¹⁷

7.1.3 Anestesia local

O controlo da dor é uma das partes prioritárias dos Médicos Dentistas, a anestesia local é um fator fundamental, em primeiro lugar, para ter um resultado clínico satisfatório da inibição da inflamação e da sensibilidade periférica (atenuação da dor) por AINES ou analgésicos combinados ou não. Durante a cirurgia do terceiro molar, normalmente, os Médicos Dentistas administram a lidocaína 2% + epinefrina 1 :80 000 ou epinefrina 1 :100 000, a articaina 4% + epinefrina 1 :100 000 esta largamente utilizada.^{28, 29 ,30, 31, 32}

7.1.4 Terceiro Molar Inferior

O retalho mais usado é retalho do envelope, também conhecido como envelope de Kruger. No retalho em envelope básico começa-se pelo trígono retromolar, com uma incisão linear desde o bordo anterior do ramo da mandíbula até à face distal do segundo molar, que de seguida contorna a incisão intra sulcular até à face mesial do primeiro molar. A incisão intra sulcular pode ser estendida, caso necessário, podendo mesmo chegar até à face mesial do segundo pré-molar.^{33, 34}

A retalho envelope é geralmente associado a menos complicações e tende a ter um período pós-cirúrgico mais rápido e com menos dor do que a retalho triangular. A artéria bucal é às vezes encontrada ao criar a incisão de liberação; esta situação poderá ser incómoda na parte inicial da intervenção.¹⁷

7.1.5 Terceiro Molar Superior

A retalho mais usado para o terceiro molar superior também é um retalho de envelope. O retalho estende-se posteriormente a partir do ângulo da linha disto vestibular do segundo molar e anteriormente ao primeiro molar.¹⁷

7.1.6 Osteotomia

O segundo passo é a remoção óssea ao redor do dente impactado. A maioria dos cirurgiões utiliza uma peça de mão de alta velocidade e alto torque acionada por ar ou nitrogênio, embora alguns cirurgiões ainda optem por usar um cinzel para remoção do osso.¹⁷ É essencial que a peça de mão elimine a pressão do ar do local da cirurgia para evitar enfisema de tecido ou embolia gasosa, por outro lado é também importante que a peça de mão possa ser esterilizada completamente, geralmente numa autoclave a vapor. As brocas elétricas de alto torque de alta velocidade ganharam ampla aceitação e, assim como os instrumentos acionados por nitrogênio, reduzem bastante o tempo necessário para a remoção óssea e o corte dos dentes.¹⁷

Simpson afirmou que, se a broca ou o cinzel fossem usados corretamente, a recuperação pós-operatória era quase similar. Lilly e Horton mostraram que os resultados foram melhores durante o uso da broca. Szmyd et al. afirmaram que, não encontrou clinicamente nenhuma diferença significativa no inchaço pós-operatório, trismo, e dor e outros sintomas entre a técnica da broca de alta velocidade versus a técnica malho cinzel. A técnica de aceitação do paciente que é mais escolhida é a técnica com Burr comparativamente com a técnica de cinzel, pois resulta num estado mais calmo e á vontade do paciente.³⁵

O osso das faces oclusal, bucal e distal do dente impactado são removidos até a linha cervical. A quantidade de osso que deve ser removida varia com a profundidade da impactação. É aconselhável não remover nenhum osso na face lingual devido à probabilidade de lesão no nervo lingual. Uma variedade de brocas pode ser usada para remover tecido ósseo, mas as mais usadas são as brocas redonda # 8 e a de fissura #703. Para os terceiros molares impactados superiores, a remoção óssea é feita principalmente na face lateral do dente até a linha cervical para expor toda a coroa clínica. O osso na face vestibular é fino o suficiente para ser removido com um elevador periosteal ou um cinzel usando pressão digital manual.¹⁷

7.1.7 Desinfetar e Suturar

Uma vez que o dente impactado é removido do processo alveolar, o cirurgião deve prestar muita atenção em reduzir a ferida de todos os fragmentos de ossos e outros detritos. O melhor método para conseguir isso é mecanicamente e a área sob o retalho com uma cureta periapical. Um "Bone File" deve ser usado para suavizar as arestas afiadas do osso. A pinça de *mosquito hemostats* é geralmente usado com cuidado para remover qualquer remanescente do folículo dentário. Em termos de irrigação alveolar depois de extrações não se recomenda usar clorhexidina por passar risco de reação anafilática, por isso a maioria dos estudos recomenda usar água salina.^{17,36}

Num estudo piloto com 30 pacientes, concluiu-se que 0,2% de gel de CHX era um bom agente profilático e que pode ser aplicado apenas uma vez no local intra-alveolar após a remoção do terceiro molar impactado para reduzir o edema, osteíte alveolar e outras complicações.³⁷

Deve ser tida em conta a importância de suturar pois tem influência no pós-operatório, A sutura de seda trançada preta, não é uma sutura reabsorvível. Geralmente escolhida como o material de sutura preferido para aproximar as margens da ferida após uma operação cirúrgica devido à sua facilidade de manipulação, irritação reduzida e segurança do nó. Esta obriga o paciente voltar entre 7/10 dias para remover as suturas e verificar o bem estar do paciente no pós-cirurgia.³⁸

7.1.8 Instruções Pós-Operatórios

Tabela 2. Instruções Pós-Operatórios (29)

INFORMAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA APÓS A EXTRAÇÃO DE UM TERCEIRO MOLAR
1. Continuar a pressionar com a gaze durante 30 minutos após extração
2. Evitar enxaguar com qualquer líquido durante as primeiras 24 horas
3. Não cuspir
4. Tomar uma dieta macia ou semi líquida de temperatura baixa ou morna
5. Colocar o gelo envolto num pano do lado de fora da face no sitio da extração
6. Manter a higiene oral adequada
7. Evitar fumar durante o período pós-operatório (7 dias após a cirurgia) e não consumir bebidas alcoólicas/refrigerantes durante a semana seguinte.

8. Contraindicações

As contraindicações gerais para remoção dos molares impactados podem ser agrupadas em três áreas principais: idade avançada do paciente, problemas de saúde e danos cirúrgicos nas estruturas adjacentes. A cura geralmente ocorre mais rapidamente e mais completamente em pacientes mais jovens, no entanto, a remoção cirúrgica dos terceiros molares impactados nos muito jovens é contraindicada. Com o envelhecimento, a resposta cirúrgica é menos tolerante e o período de recuperação aumenta. Como regra geral, se um paciente tiver um terceiro molar totalmente impactado completamente coberto de osso e não tem sinais de patologia como um saco folicular aumentado e se o paciente tem mais de 40 anos, o dente provavelmente não deve ser removido.¹⁷

O acompanhamento a longo prazo pelo dentista do paciente deve ser realizado periodicamente, com radiografias realizadas 2 em 2 anos para garantir que não haja sequelas adversas. Se se desenvolverem sinais de patologia, o dente deve ser removido. Se o osso sobrejacente for muito fino e uma prótese removível for colocada sobre esse dente, o dente provavelmente deve ser removido antes que a prótese final seja construída.¹⁷

Para o caso de se efetuar a extração, deve ter-se em conta a idade do paciente no planeamento do ato cirúrgico, pois o osso circundante em pacientes mais jovens é relativamente suave e mais resiliente quando comparado a pacientes mais velhos, onde o osso é mais difícil e existe a necessidade de remoção de maior quantidade de osso. Esta maior dificuldade de extração vai resultar num período pós-operatório mais difícil, podendo haver com mais frequência edema e trismo.³⁹

Outros fatores podem comprometer o estado de saúde dos jovens, como as coagulopatias congénitas, a asma e a epilepsia. Neste grupo de pacientes, pode ser necessário remover os dentes impactados antes do processo patológico incipiente tornar-se fulminante. Assim, não só no paciente mais velho comprometido, mas também em que o paciente mais jovem comprometido, o cirurgião necessita por vezes de efetuar uma remoção assintomática, bem como os terceiros molares sintomáticos. O estado de saúde comprometido continua a ser uma contra-indicação relativa e pode exigir que o cirurgião trabalhe em estreita colaboração com o médico especialista do paciente para gerir problemas médicos do paciente.¹⁷

Este tipo de procedimentos cirúrgicos associa alguns riscos que devem ser tidos em conta no planeamento do tratamento. Estes riscos estão relacionados com alterações sensoriais do nervo trigémeo, do lingual e da alveolar inferior, dos dentes e de outras estruturas vitais (ex. Seio Maxilar), tornando-se prudente deixar o dente impactado sozinho.^{17,40}

9. Discussão

Concluimos que a etiologia da impactação do terceiro molar ainda é uma incógnita para a qual ainda não foi possível encontrar uma boa explicação, mas por vários estudos chegamos à conclusão que, há vários fatores que contribuem para o fenómeno dos terceiros molares impactados. Uma das mais frequentes é a insuficiência no desenvolvimento do espaço retromolar. Na maioria dos estudos, não foi anunciada uma raça mais comum, mas por vários outros podemos verificar que a mulher tem uma prevalência maior do que o homem. Dentro das complicações tumorais, o quisto dentígero

na maioria das vezes está ligado a terceiros molares inferiores não erupcionados. Normalmente é assintomático, mais predominante no género masculino e na raça caucasiana que vários estudos corroboram. 11,13,14,26

A cirurgia dos dentes de siso faz parte das intervenções mais praticadas em Medicina Dentária devido à alta frequência de impaction e do risco de desenvolver complicações. Normalmente a cirurgia requer uma osteotomia ou uma odontosecção, os métodos mais conhecidos são o "Bur Technique" e o "Chisel Mallet Technique". As brocas elétricas de alto torque de alta velocidade ganharam ampla aceitação e, assim como os instrumentos acionados por nitrogênio, reduzem bastante o tempo necessário para a remoção óssea. De acordo com vários autores afirmamos que, a técnica da broca de alta velocidade versus a técnica malho cinzel, clinicamente não foi encontrada nenhuma diferença significativa no inchaço pós-operatório, trismo, dor e outros sintomas. Vários fatores vão influenciar o sucesso da cirurgia e a gestão das complicações. De facto, estudos relatam que as técnicas para a incisão da mucosa, o tipo de fio utilizado ou sutura realizada influenciam a cirurgia. Os fatores anatómicos radiográficos expostos anteriormente demonstraram que quanto maior o nível de dificuldade (nível de impaction) maior o tempo cirúrgico logo mais trauma e possível aquecimento e exposição ao meio ambiente. A experiência do cirurgião, a destreza e conhecimento tem um papel importante na prevenção e no controlo dos possíveis obstáculos para reduzir o tempo operatório e o desconforto do paciente. Foi também demonstrado que uso de uma irrigação diminui o aquecimento levando a menos edema facial e infeções. De facto, a irrigação com uma seringa tem como objetivo diminuir o aquecimento ou eliminar detritos, levando a uma menor inflamação e infeção. Concluiu-se também que 0,2% de gel de CHX era um bom agente profilático e que pode ser aplicado apenas uma vez no local intra-alveolar após a remoção do terceiro molar impactado para reduzir o edema, osteíte alveolar e outras complicações. 17,35,37,38

Vários estudos concluíam, que o grau de dificuldade da cirurgia para remover um dente impactado é determinado principalmente por dois principais fatores: (1) a profundidade da impaction e o tipo de tecido e (2) a idade do paciente. Implicações ósseas completas são sempre mais difíceis de remover do que os tecidos moles impactados, por outro lado se

compararmos duas impacções da mesma profundidade, o impactação no paciente mais velho é sempre mais difícil do que aquela no paciente mais jovem. Verificamos por vários estudos que a decisão de remover um dado dente impactado deve ser baseada numa avaliação cuidadosa dos potenciais benefícios versus riscos. Nas situações em que existe patologia, saúde do paciente, a decisão de remover o dente é descomplicada, porque é necessário tratar o processo da patologia à doença sistémica. Da mesma forma, existem situações em que a remoção dos dentes impactados é contraindicada porque as complicações cirúrgicas e sequelas superam o potencial benefício. As contraindicações gerais para remoção dos dentes impactados podem ser agrupadas em três áreas principais: idade avançada do paciente, problemas de saúde e danos estruturas adjacentes.^{17,39}

Não existe um protocolo *Gold standard* pré-terapêutico para a gestão das complicações pós-operatórios, aparentemente a inclusão de medicação pré e pós cirúrgicos é uma das melhores opções para evitar dor, trismo e edema apesar de existirem opiniões divergentes. Não devemos esquecer que a extração dos dentes impactados é um processo traumatizante para os tecidos moles.

Do lado do paciente, o cumprimento das instruções pós-operatórios e a correta higienização são muito importantes para evitar o desenvolvimento dos efeitos adversos e o atraso da cicatrização. Foi descrita uma lista de recomendações básicas para o pós cirurgia: continuar a pressionar com a gaze durante 30 minutos após extração, evitar enxaguar com qualquer líquido durante as primeiras 24 horas, não cuspir, tomar uma dieta macia ou semilíquida de temperatura baixa ou morna, colocar gelo envolto num pano do lado de fora da face no local da extração, manter a higiene oral adequada, evitar fumar durante o período pós-operatório (7 dias após a cirurgia) e tomar analgésicos , anti-inflamatórios e antibióticos prescritos pelo médico para ajudar com as sintomas pós-operatórios e não consumir bebidas alcoólicas/refrigerantes durante a semana seguinte.²⁸

10. Conclusão

A impaction do terceiro molar continua a ser um assunto de bastante discussão entre os autores encontrados na literatura. No entanto, alguns pontos concordantes entre os estudos já vão aparecendo relativamente a factos importantes e inegáveis relacionados com o tema. Na maioria dos estudos encontrados foi unânime que o principal fator preponderante da inclusão e da impaction seria a falta de espaço na arcada para a correta localização do terceiro molar. Por ser cada vez mais uma peça dentária residual, acredita-se que a sua erupção passará de escassa a inexistente nos anos que se aproximam, devido ao modo de vida e à dieta alimentar do ser humano.

De um modo geral, os estudos de terceiros molares mandibulares encontrados apresentam um número substancialmente superior quando comparados com os mesmos terceiros molares mas do maxilar superior. Acontece pelo facto de serem mais frequentemente impactados. No entanto, esse facto começa a reverter-se, sendo já possível encontrar alguns estudos para terceiros molares superiores.

Relativamente à exodontia de terceiros molares na condição aqui estudada a opinião divide-se, não sendo possível chegar a uma conclusão. No entanto, certo é que o clínico deve ter sempre uma justificação válida para recomendar a exodontia de qualquer peça dentária, devendo considerar sempre a impaction em qualquer plano de tratamento, pois pode ser a única forma de resolver o problema existente.

Por outro lado, se a extração for o único caminho no tratamento deve ter-se em conta a idade, dando preferência a remoções de terceiros molares durante o período da adolescência, onde as consequências e as possíveis complicações têm uma probabilidade diminuída.

Estudos de prevalência de terceiros molares impactados dos artigos foi elucidativo em alguns parâmetros e noutros concordante com as dúvidas ainda existentes entre a

literatura. A maioria dos dados apresentava os terceiros molares erupcionados e em oclusão. Foi possível concluir que as retenções dentárias do terceiro molar ocorrem maioritariamente no género feminino, apresentando valores significativos para a maioria dos estudos onde essa variável era avaliada. Em termos de inclinação, que foi o parâmetro estudado, a classificação mesio-angular e vertical obteve a maioria quando comparada com as restantes classificações. Estes valores coincidiram com a maioria dos estudos encontrados. No entanto, seria interessante assegurar a continuidade deste trabalho, talvez agora com o estudo de outros parâmetros, nomeadamente segundo a classificação de Pell e Gregory. Para mim foi, sem dúvida, um estudo importante para o desenvolvimento do conhecimento das retenções do terceiro molar.

11 Bibliografia

1. Farish SE, Bouloux GF. General Technique of Third Molar Removal. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2007Feb;19(1):23–43.
2. Phillips C, White RP, Shugars DA, Zhou X. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2003Dec;61(12):1436–48.
3. Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White RP. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2004Sep;62(9):1118–24.
4. Foy SP, Shugars DA, Phillips C, Marciani RD, Conrad SM, White RP. The impact of intravenous antibiotics on health-related quality of life outcomes and clinical recovery after third molar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2004Jan;62(1):15–21.
5. Haug RH, Perrott DH, Gonzalez ML, Talwar RM. The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Age-Related Third Molar Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005Aug;63(8):1106–14.
6. Blakey GH, Marciani RD, Haug RH, Phillips C, Offenbacher S, Pabla T, et al. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002Nov;60(11):1227–33.
7. White RP, Madianos PN, Offenbacher S, Phillips C, Blakey GH, Haug RH, et al. Microbial complexes detected in the second/third molar region in patients with asymptomatic third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002;60(11):1234–40.
8. White RP, Offenbacher S, Phillips C, Haug RH, Blakey GH, Marciani RD. Inflammatory mediators and periodontitis in patients with asymptomatic third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002Nov;60(11):1241–5.
9. Shugars DA, Jacks M, White RP, Phillips C, Haug RH, Blakey GH. Occlusal caries experience in patients with asymptomatic third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2004Aug;62(8):973–9.

10. Marciani RD. Third Molar Removal: An Overview of Indications, Imaging, Evaluation, and Assessment of Risk. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2007Feb;19(1):1–13.
11. Naaj IA-E, Braun R, Leiser Y, Peled M. Surgical Approach to Impacted Mandibular Third Molars—Operative Classification. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010Mar;68(3):628–33.
12. Alsadat-Hashemipour M, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F. Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars—a radiographic study in a Southeast Iran population. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013Jan;1(18):140–5.
13. Alhaija ESJA, Albhairan HM, Alkhateeb SN. Mandibular third molar space in different antero-posterior skeletal patterns. *The European Journal of Orthodontics*. 2010Dec27;33(5):570–6.
14. Spiotto MT, Juodzbaly G, Daugela P. Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and a Proposal of a Classification. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*. 2013Nov11;4(2):1–12.
15. Mihai AM, Lulache IR, Grigore R, Sanabil AS, Boiangiu S, Ionescu E. Positional changes of the third molar in orthodontically treated patients. *Journal of Medicine and Life*. 2013April-June;6(2):171–5.
16. Sapkota MR, Bhatta S, Shrestha S, Shrestha RM. Position of Impacted Mandibular Third Molar in different Skeletal Facial Types. *Orthodontic Journal of Nepal*. 2017Dec;7(2):15–19.
17. Ness GM. Chapter 5 Impacted Teeth. In: *Peterson Principles of Oral and Maxillofacial Surgery Third Edition*. 3rd ed. 2011. p. 97–101.
18. Farish SE, Bouloux GF. General Technique of Third Molar Removal. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2007;19(1):23–43.
19. Wang D, Lin T, Wang Y, Sun C, Yang L, Jiang H, et al. Radiographic features of anatomic relationship between impacted third molar and inferior alveolar canal on

- coronal CBCT images: risk factors for nerve injury after tooth extraction. Archives of Medical Science. 2018April;14(3):532–40.
20. Santos, D.R., Quesada, G.A. Third molar prevalence and its respective classifications according to Winter and Pell and Gregory. Revista Cirúrgica e Traumatologia Bucomaxilofacial. 2009 Jan./Mar.;9(1), pp. 83-92.
 21. Abdeslahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Payam AS, Monfared AH. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case–control study. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2013Jun;41(4):310–5.
 22. Xavier CRG, Ribeiro ED, Rocha JF, Duarte BG, Júnior OF, Sant’Ana E, et al. Evaluation of the positions of impacted third molars according to the Winter and Pell & Gregory classifications in panoramic radiography. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-facial. 2010Apr./June.;10(2):83–90.
 23. Campbell JH. Pathology Associated with the Third Molar. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 2013Feb;25(1):1–10.
 24. Steed MB. The indications for third-molar extractions. The Journal of the American Dental Association. 2014June;145(6):570–3.
 25. Filho PRSM, Piva MR, Santos TS, Silva LCF, Souza LB. Avaliação da prevalência de patologias em terceiros molares inclusos. Revista de cirurgia e Traumatologia buco –maxilo –facial. 2008 Jul./Set.;8(3):41–8.
 26. CARLI JP, COLPANI JT, LINDEN MSS, MORAES NP, DAMIAN MF, SILVA SILVAO. Relação diagnóstica entre folículo pericoronário e cisto dentígero. RGO – Rev. Gaúcha Odontol . 2010 Abr./Jun;58(2):207–13.
 27. Swift JQ, Nelson WJ. The Nature of Third Molars: Are Third Molars Different than Other Teeth? Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics. 2012Step;20(2):159–62.

28. Alvira-Gonzalez J, Gay-Escoda C. Compliance of postoperative instructions following the surgical extraction of impacted lower third molars: A randomized clinical trial. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2015Mar1; 20(2):224–230.
29. Costa FWG, Esses DFS, Silva PGDB, Carvalho FSR, Sá CDL, Albuquerque AFM, et al. Does the Preemptive Use of Oral Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Reduce Postoperative Pain in Surgical Removal of Third Molars? A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Anesthesia Progress*. 2015July;62(2):57–63.
30. Eroglu C, Ataoglu H, Yildirim G, Kiresi D. Comparison of the efficacy of low doses of methylprednisolone, acetaminophen, and dexketoprofen trometamol on the swelling developed after the removal of impacted third molar. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2015Step;5:627–32.
31. Simone JL, Jorge WA, Horliana ACRT, Canaval TG, Tortamano IP. Comparative analysis of preemptive analgesic effect of dexamethasone and diclofenac following third molar surgery. *Brazilian Oral Research*. 2013 May-Jun;27(3):266–71.
32. Yamaguchi A, Sano K. Effectiveness of preemptive analgesia on postoperative pain following third molar surgery: Review of literatures. *Japanese Dental Science Review*. 2013Nov;49(4):131–138.
33. Chen, Y. W., Lee, C. T., Hum, L., & Chuang, S. K. Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2017Mar;46(3), 363–372.
34. Bodh R, Jain A. The flap design of third molar surgery: An overview. *International Journal of Medical and Health Research*. 2015Oct;1(3):32–5. ISSN: 2454-9142.
35. Vivek M, Ebenezer M, Balakrishnan R. Bur Technique and Chisel Mallet Technique in Impacted 3rd Molar. *Biomedical & Pharmacology Journal*. 2014Dec;7(1):281–4.
36. Pellatt A, Collin J, Hughes C. Re: Effectiveness of irrigation with chlorhexidine after removal of mandibular third molars: a randomised controlled trial. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018Jul;56(6):563.

37. Saghiri MA, Asatourian A, Sheibani N. Angiogenesis and the prevention of alveolar osteitis: a review study. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2018Jun;44(3):93.
38. Rodanant P, Wattanajitseree K, Shrestha B, Wongsirichat N. Pain and quality of life related to suture removal after 3 or 7 days at the extraction sites of impacted lower third molars. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*. 2016June;16(2):131.
39. Bello SA, Adeyemo WL, Bamgbose BO, Obi EV, Adeyinka AA. Effect of age, impaction types and operative time on inflammatory tissue reactions following lower third molar surgery. *Head & Face Medicine*. 2011April28;7(1):1–8.
40. Ridaura-Ruiz L, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Sensibility and taste alterations after impacted lower third molar extractions. A prospective cohort study. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2012Sep1;5:759–64.

Capitulo II

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das disciplinas de Estágio Supervisionado

1. Introdução

O estágio do Mestrado Integrado de Medicina Dentária pretende que o aluno empregue o conhecimento científico adquirido durante o curso de forma a conseguir interligar a componente teórica com a componente prática. Desta forma, o aluno tem as condições necessárias à sua evolução no sentido profissional de maneira a se tornar independente, pragmático nas suas decisões, consciente do seu trabalho, proactivo e com interesse em aumentar o seu conhecimento. O estágio na sua totalidade engloba três fases: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral e Comunitária.

2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em clínica geral dentária teve como objetivo desenvolver a prática em ambiente clínico e alcançar o conhecimento relativo a todos os passos efetuados numa consulta. Teve a duração de 145 horas, entre os dias 29/3/2018 e 14/6/2019 e foi monitorizado na Unidade Clínica de Gandra, localizado no Instituto Universitário Ciências da Saúde – Norte (IUCS-N). Decorreu às sextas feiras, das 19h às 24h tendo sido orientado e supervisionado pelo Doutor João Baptista. Os actos clínicos realizados durante o estágio em Clínica Geral Dentária estão discriminados na tabela seguinte:

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	0	0	0
Destartarização	2	2	4
Restauração	6	7	13
Exodontia	4	4	8
Endodontia	2	2	4
Outros	2	1	3
Total	16	16	32

3. Estágio Hospitalar

O estágio hospitalar foi realizado no Serviço de Estomatologia/ GCM Hospital Senhora Oliveira - Guimarães , num período de 3,5 horas semanais, às quartas-feiras das 09:00h até às 12:30h entre 12 de Setembro de 2018 a 12 de Junho de 2019. Este estágio foi supervisionado de 12/9/18 até 12/6/19 pelo Doutora Ana Azevedo. Os atos clínicos realizados no decorrer deste estágio estão descritos na tabela seguinte:

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	12	2	14
Destartarização	13	2	15
Restauração	11	2	13
Exodontia	56	19	75
Endodontia	2	1	3
Outros	6	1	7
Total	100	27	127

4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio de Saúde Oral e Comunitária supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante, pelo Doutor José Pedro Novais Carvalho e pela Doutora Cristina Calheiros. Visou a concretização de desafios colocados ao longo do ano letivo. As tarefas tiveram como propósito saber planejar e implementar um programa de intervenção comunitário, assim como conhecer os conteúdos do Programa Nacional de Saúde Oral (PNPSO). A implementação do projeto de intervenção comunitária foi efetuada no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira e no Hospital de Santo Tirso consoante o horário específico da unidade curricular do estágio em saúde oral comunitária. As intervenções efetuadas nestes estabelecimentos estão colocadas na tabela seguinte:

19/10/2018	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
20/11/2018	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
18/12/18	Hospital de Santo Tirso
8/01/2018	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
29/01/2019	Hospital de Santo Tirso
12/02/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
26/02/2019	Hospital de Santo Tirso
26/03/2019	Hospital de Santo Tirso
2/04/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
30/04/2019	Hospital de Santo Tirso
21/05/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
4/06/2019	Hospital de Santo Tirso
21/06/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
28/06/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

Os atos clínicos realizados no decorrer deste estágio estão descritos na tabela seguinte:

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	1	0	1
Destartarização	3	2	5
Restauração	9	7	16
Exodontia	6	15	21
Endodontia	1	2	3
Outros	2	2	4
Total	22	28	50

5.Considerações Finais das Atividades de Estágio

A realização das atividades durante os 3 estágios possibilitou o enriquecimento pessoal e profissional através do contacto com vários tipos de pacientes. Estas experiências foram fundamentais para colocar em prática todo o conhecimento adquirido ao longo do curso, assim como a orientação por parte dos professores, dando o suporte necessário para que pudessemos realizar as atividades de forma autônoma.