



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CAUSAS DAS EXODONTIAS DE DENTES INCLUSOS E SEMI-
INCLUSOS NO BLOCO OPERATÓRIO DA CLÍNICA DENTÁRIA
EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Francisca Maria Pinto de Borja Serafim
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CAUSAS DAS EXODONTIAS DE DENTES INCLUSOS E SEMI-INCLUSOS NO BLOCO OPERATÓRIO DA CLÍNICA DENTÁRIA
EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Francisca Maria Pinto de Borja Serafim
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Paulo Rogério Figueiredo Maia

junho de 2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Maia pela disponibilidade demonstrada, por todo o apoio e conhecimentos transmitidos na orientação científica deste trabalho assim como ao longo do meu percurso académico.

Ao Dr. Nuno Silva pela preciosa ajuda dispensada no bloco operatório.

Ao Prof. Doutor Luís Proença pela colaboração no tratamento e análise de dados.

À Prof. Doutora Carla Ascenso por toda a orientação e apoio ao longo do curso, com especial relevo ao suporte dado no ano de Erasmus.

A todos os professores que me acompanharam no Instituto Universitário Egas Moniz e que em muito contribuíram para a minha formação.

A todos os restantes funcionários e colaboradores, com especial relevo à equipa da Clínica Dentária Egas Moniz.

Aos meus amigos de sempre, que nunca me recusaram atenção.

Ao Rui por todo o encorajamento, suporte e carinho desde o primeiro dia.

Aos meus avós e toda a família pelo amor eterno.

À minha irmã Helena, o meu exemplo a seguir, que tanto me ajudou ao desbravar o caminho, tornando-o sempre mais fácil.

Aos meus pais que me ajudaram a chegar até aqui, estando sempre presentes com todo o amor e disponibilidade ao longo de todas as etapas da minha vida, e sem os quais não seria possível alcançar este sonho.

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste estudo consiste em determinar o principal motivo para exodontias de dentes inclusos e semi-inclusos, caracterizando também diversas variáveis inerentes ao ato cirúrgico.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo a partir de 100 cirurgias a pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz que apresentassem dentes inclusos ou semi-inclusos, durante os meses de Março e Abril de 2018. A recolha de dados deu-se através da observação de radiografias, diários clínicos e cirurgias.

Resultados: Das 100 amostras, 77 eram do género feminino e 23 do masculino. A maioria das exodontias foi realizada a pacientes da faixa etária compreendida dos 10-20 anos. O estado de inclusão predominante foi o incluso e o terceiro molar mandibular foi o dente com maior prevalência de inclusão. O motivo ortodôntico foi o prevalente (79%), seguido da dor (11%) e da cárie (4%). A exodontia de caninos maxilares inclusos foi associada à prostodontia (4%), apenas 1% dos pacientes apresentou pericoronarite e outros 1% patologia. Relativamente à classificação de Pell & Gregory a posição mais comum foi a II B, e de acordo com a classificação de Winter obteve-se maioritariamente uma angulação vertical. A técnica de sutura simples foi a escolhida em 97% das consultas e a média de pontos dados foi 2,09. Após análise estatística, não se verificou uma relação entre a técnica de sutura e o estado de inclusão. Por outro lado, observou-se uma correlação entre o número de suturas e o tipo de incisão. Foi sempre prescrito um anti-inflamatório após cada cirurgia. Apenas houve a necessidade de antibiótico em 29% dos pacientes. Foi demonstrado uma associação entre a prescrição antibiótica e a osteotomia.

Conclusões: A ortodontia foi o motivo principal apontado para a exodontia de dentes inclusos e semi-inclusos.

Palavras-chave: Inclusão dentária, Exodontia, Classificação de Pell & Gregory, Classificação de Winter.

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study is to determine the main reason for the dental inclusion, including the study of several variables inherent to the surgical procedure.

Materials and Methods: A study was conducted out of 100 surgeries on patients from Egas Moniz Dental Clinic who had included or semi-included teeth, between March and April 2018. Data was collected through the observation of radiographs, clinical history and surgical procedure.

Discussion: Among the 100 patients, 77 were female and 23 male. The majority of the extractions were performed in patients with the age range of 10-20 years. Most of the teeth were completely included and the mandibular third molar was the most common impacted tooth. The orthodontic reason was prevalent (79%), followed by pain (11%) and caries (4%). The extraction of included maxillary canines was associated with prosthodontics (4%), only 1% of patients presented with pericoronitis and another 1% had pathology. Regarding the classification of Pell & Gregory the most frequent position was II B, and according to the classification of Winter the vertical classification was predominant. The simple knot was used in 97% of the surgeries and the mean value of knots was 2.09. After statistical analysis, there was no correlation between the suture technique and the type of dental inclusion. The relationship of dependence between the number of knots and the type of incision was demonstrated. An anti-inflammatory was prescribed after each surgery. Only 29% of the patients were prescribed with an antibiotic. It was demonstrated that the antibiotic prescription depended on the osteotomy.

Conclusions: Orthodontic treatment was the main reason for the extraction of included and semi-included teeth.

Key-words: Dental inclusion, Extraction, Pell & Gregory classification, Winter classification.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	11
1. Definição de dente incluso e semi-incluso	11
2. Etiologia.....	12
3. Prevalência e Incidência	14
4. Classificação de dentes inclusos	14
4.1. Classificação de Winter	15
4.2. Classificação de Pell & Gregory	15
5. Indicações	17
5.1. Prevenção da doença periodontal	17
5.2. Prevenção de cárie	17
5.3. Pericoronarite.....	18
5.4. Prevenção de reabsorção radicular	18
5.5. Prostodontia	18
5.6. Prevenção de quistos e tumores.....	18
5.7. Prevenção da dor de origem desconhecida.....	19
5.8. Prevenção da fratura mandibular	19
5.9. Razões ortodônticas	19
6. Contra-indicações	20
6.1. Extremo de idades	20
6.2. Condição médica comprometida	20
6.3. Possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes	21
7. Diagnóstico.....	21
8. Procedimento cirúrgico.....	21
8.1. Incisão.....	22
8.2. Osteotomia.....	22
8.3. Odontosecção.....	22
8.4. Exodontia do dente	22
8.5. Sutura.....	23
8.6. Medicação.....	23
II. MATERIAIS E MÉTODOS	25
1. Caracterização do estudo	25

2. Objetivos.....	25
3. Hipóteses de Estudo.....	25
4. Local do Estudo	25
5. Amostra	25
5.1. Critérios de Inclusão	26
5.2. Critérios de Exclusão.....	26
6. Considerações éticas.....	26
7. Materiais	26
8. Métodos	27
9. Análise Estatística.....	27
III. RESULTADOS	29
1. Estatística Descritiva – Caracterização da amostra	29
1.1. Género	29
1.2. Idade	30
1.3. Dente.....	30
1.4. Estado de Inclusão	31
1.5. Motivo	32
1.6. Classificação da posição	33
1.6.1. Classificação de Pell & Gregory	33
1.6.2. Classificação de Winter	36
1.7. Incisão.....	37
1.8. Osteotomia.....	37
1.9. Sutura.....	38
1.10. Medicação.....	39
2. Análise Inferencial.....	40
2.1. Relação entre o grau de inclusão e a técnica de incisão	40
2.2. Relação entre a técnica de incisão e a técnica de sutura.....	41
2.3. Relação entre a técnica de incisão e o número de suturas	42
2.4. Relação entre a osteotomia e a prescrição antibiótica	43
IV. DISCUSSÃO.....	45
V. CONCLUSÃO.....	49
VI. BIBLIOGRAFIA.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de Pell & Gregory da posição dos terceiros molares inferiores inclusos.	15
Figura 2 - Distribuição da amostra por faixa etária.	30
Figura 3 - Distribuição da amostra por dente.	31
Figura 4 - Distribuição da amostra de acordo com o motivo de exodontia.	32
Figura 5 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação.	33
Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano ascendente da mandíbula.	34
Figura 7 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano oclusal.	34
Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Winter.	36
Figura 9 - Distribuição da amostra segundo a técnica de incisão.	37
Figura 10 - Distribuição da amostra segundo o número de suturas.	38
Figura 11 - Distribuição da amostra segundo a medicação.	39
Figura 12 - Relação entre o grau de inclusão e a técnica de incisão.	40
Figura 13 - Relação entre a técnica de incisão e a técnica de sutura.	41
Figura 14 - Relação entre a técnica de incisão e o número de suturas.	42
Figura 15 – Relação entre a osteotomia e a prescrição antibiótica.	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Pell & Gregory relativamente ao ramo ascendente	16
Tabela 2 - Classificação de Pell & Gregory em relação ao plano oclusal	16
Tabela 3 - Distribuição da amostra por género.....	29
Tabela 4 - Distribuição da amostra por faixa etária.....	30
Tabela 5 - Distribuição da amostra por dente.....	31
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão.	31
Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com o motivo de exodontia.	32
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação.	33
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano ascendente da mandíbula.	34
Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano oclusal.....	35
Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Pell & Gregory.....	35
Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Winter.	36
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a técnica de incisão.	37
Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo osteotomia.	37
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a técnica de sutura.....	38

I. INTRODUÇÃO

1. Definição de dente incluso e semi-incluso

O dente incluso é aquele que falha em erupcionar na arcada dentária dentro do intervalo de tempo expectável. A excessiva quantidade de tecido cutâneo, um osso demasiado denso, o dente adjacente ou uma anomalia genética são vários dos fatores que podem levar à inclusão (Peterson et al., 2005).

Por esta mesma razão, existe um impedimento do dente entrar em contacto com a cavidade oral estando rodeado pelo saco pericoronário e leito ósseo intacto (Favre de Thierrens et al., 2003).

Quando apresentam parte da coroa clínica em meio oral são denominados de semi-inclusos.

Para Neville et al. (1998), os dentes não erupcionados são divididos na literatura entre os obstruídos por uma barreira física, denominados impactados, e os que têm falta de capacidade eruptiva, designados inclusos.

Segundo Andreasen et al. (1997), um dente impactado vê a sua erupção cessada devido a uma barreira física ou a uma posição ectópica. A origem desta barreira deve-se maioritariamente à falta de espaço.

Donado (2005), afirma que a retenção dentária abrange um dente que chegado o seu período eruptivo se encontra retido no osso, e que o encravamento engloba um dente retido que perfurou o leito ósseo, com ou sem abertura do saco pericoronário, podendo erupcionar ou manter-se submucoso.

A literatura faz ainda uma divisão no que toca à inclusão ectópica ou heterópica. A primeira refere-se a um dente que encontrando-se incluso, e estando numa posição anómala, não está longe do seu local habitual. Contrariamente, a inclusão heterópica dá-se aquando do afastamento da peça dentária do suposto lugar eruptivo (Añino, 2001).

2. Etiologia

A inclusão dentária trata-se de uma anomalia da erupção, não se conhecendo por completo a sua etiopatogenia. Sabe-se, porém, que são vários os fatores que a podem originar (Becker, 2012; Chu et al., 2003).

Existem duas teorias evolutivas que esclarecem este acontecimento: a teoria filogenética e a de adaptação nutricional.

A teoria filogenética defende que à medida que se deu o processo evolutivo do Homem, houve um aumento da massa encefálica acompanhado pela diminuição dos maxilares, mantendo-se o número e tamanho das peças dentárias. Há uma divergência entre os segmentos cefálicos e faciais podendo ser responsável pela inclusão dentária (Carvalho, 1993).

Por outro lado, a teoria de adaptação nutricional, baseia-se na primeira e tem como ponto de partida a diminuição da função mastigatória deixando de estimular o crescimento ósseo e consequentemente levando à perda de espaço por diminuição da porção posterior dos maxilares (Carvalho, 1993).

Em concordância com Kruger (1979), uma dieta cada vez mais refinada e mole leva a menores esforços mastigatórios, diminuindo a necessidade da potência do aparelho estomatognático.

Independentemente das causas filogenéticas que predispõe a inclusão dentária, segundo Escoda & Aytés (2009), existem ainda fatores que favorecem esta patologia, podendo estes ser locais e sistêmicos.

De acordo com Nogueira et al. (1997), os fatores locais abrangem aspetos mecânicos e embriológicos, e os gerais incluem a hereditariedade e as doenças sistêmicas.

As causas locais envolvidas na etiologia são na sua maioria representadas por uma obstrução mecânica no caminho eruptivo do dente, que é predominantemente visível a nível radiográfico (Archer, 1975; Hattab et al., 1995).

Uma posição irregular, a pressão de um dente adjacente, uma densidade óssea elevada, falta de espaço na arcada dentária, patologias quísticas, tumorais ou infecciosas e

traumatismos alveolodentários representam vários dos fatores locais que podem originar inclusão dentária (Escoda & Aytés, 2009).

Por outro lado, poderá estar também relacionado com agentes sistêmicos que se repartem em pré e pós-natais (Archer, 1975; Cerqueira et al., 2007).

As causas pré-natais por sua vez podem ser genéticas, congénitas e ainda estar ligadas à miscigenação de raças. Quando existem interferências no desenvolvimento da criança, denominamos de pós-natais. Dentro desse grupo podemos encontrar patologias como anemia, tuberculose, má nutrição, disfunções endócrinas e condições raras (Archer, 1975; McDonald & Avery, 2001).

Segundo Ebbert & Sangiorgio (1991), o principal fator que leva à inclusão dos terceiros molares é a discrepância entre o tamanho da arcada e do dente, havendo uma falta de espaço. Peterson et al. (2005) defende que a retenção se encontra relacionada com o facto de serem estes os últimos dentes a erupcionar havendo por isso menos espaço na arcada.

Relativamente aos caninos maxilares, existem duas teorias base que relacionam a sua inclusão: a teoria guia e a teoria genética. A primeira teoria defende que o canino erupciona ao longo da face distal da raiz do incisivo lateral, servindo este como guia. Se o incisivo por sua vez estiver ausente ou apresentar uma raiz malformada o canino pode acabar por não erupcionar (Abron, Mendro, & Kaplan, 2004; Bedoya & Park, 2009).

Baccetti (1998) descreveu a associação genética da inclusão de caninos maxilares inclusos com variadas anomalias tais como apinhamentos dentários, hipoplasia do esmalte, agenesia dos segundos pré-molares e ainda incisivos laterais estreitos.

Por outro lado, a causa mais frequente da inclusão do incisivo central maxilar é a presença de um dente supranumerário (Gregg & Kinirons, 1991).

3. Prevalência e Incidência

Para Neville et al. (1998), na ocorrência de inclusão dentária, o dente que apresenta maior incidência é o terceiro molar. Relacionando os géneros e os vários quadrantes, de acordo com Basile & Gregori (2004), concluiu-se não haver diferenças significativas na incidência da inclusão do dente em questão.

Constituem cerca de 98% de todos os dentes inclusos e impactados (Padhye, Dabir, Girotra, & Pandhi, 2013), prendendo-se com o facto de serem os últimos a erupcionar (Carvalho, 1993).

Alhaija et al. (2011) levou a cabo um estudo onde conclui que a retenção destes dentes pode apresentar uma prevalência de 18% a 32% consoante as populações.

Guo et al. (2014) obteve valores semelhantes, referindo que 15% a 30% dos terceiros molares observados eram inclusos ou impactados, dependendo sempre dos diferentes povos e culturas.

Logo a seguir aos terceiros molares, os caninos maxilares são os que apresentam uma maior taxa de inclusão, com uma prevalência que varia entre 0,9-3% (Dachi & Howell, 1961) sendo mais comum no sexo feminino que no masculino (Rutledge & Hartsfield, 2010).

Estima-se que a inclusão do canino maxilar seja 20 vezes mais frequente que a mandibular (Rebellato & Schabel, 2003) havendo uma tendência unilateral (Tito et al., 2008).

Archer (1975), conclui que os dentes definitivos que apresentam maior frequência de inclusão são, por ordem, os terceiros molares, seguidos dos caninos e dos pré-molares mandibulares.

4. Classificação de dentes inclusos

A classificação destes dentes pode ser feita relacionando com o tipo de inclusão, segundo Pell & Gregory e através da classificação de Winter.

De acordo com a natureza do tecido que recobre o dente, podemos ter um dente envolvido em tecido submucoso, ósseo ou parcial (Gbotolorun et al., 2007).

4.1. Classificação de Winter

A classificação de Winter (1926) analisa a posição do longo eixo dos dentes não erupcionados.

De acordo com Cerqueira et al. (2007), obtém-se determinando o ângulo formado entre o longo eixo do dente e o plano oclusal, sendo este último composto por uma linha tangente a pelo menos duas cúspides do dente adjacente.

Segundo Winter (1926), os dentes inclusos podem apresentar posição vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, invertida assim como línguoversão ou vestibuloversão

4.2. Classificação de Pell & Gregory

Pell & Gregory (1933) desenvolveram uma classificação com o intuito de estudar as possíveis posições dos terceiros molares mandibulares inclusos. Esta categorização tem como ponto de partida a relação do terceiro molar inferior incluído com o plano oclusal do segundo molar e ainda com o ramo ascendente da mandíbula.

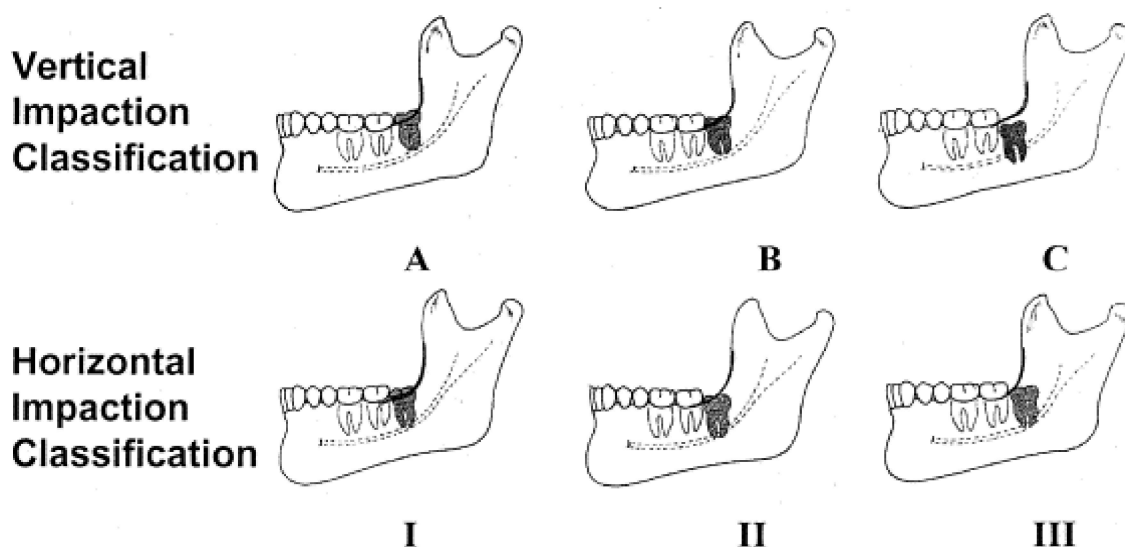


Figura 1 - Classificação de Pell & Gregory da posição dos terceiros molares inferiores inclusos, adaptado de Peterson et al., 2005.

A classificação recorre a radiografias para observar as relações espaciais, e de certa forma prever a dificuldade relativa à cirurgia do dente em questão (Garcia et al., 2000).

Classe I	O espaço entre o ramo ascendente e o segundo molar é superior ao diâmetro da coroa do dente incluso.
Classe II	O espaço compreendido entre o ramo ascendente e o segundo molar é inferior ao diâmetro da coroa do dente incluso.
Classe III	O terceiro molar encontra-se localizado na sua maioria, ou até mesmo totalmente, no ramo mandibular.

Tabela 1 - Classificação de Pell & Gregory relativamente ao ramo ascendente (Pell & Gregory, 1933)

Quando estamos perante uma classe I, e se o dente estiver posicionado verticalmente, a probabilidade de ele vir a erupcionar é elevada. Por outro lado, a classe III proporciona um acesso difícil, apresentando maior dificuldade na exodontia (Peterson et al., 2005).

Posição A	A porção mais elevada do dente incluso encontra-se ao mesmo nível/acima da linha oclusal.
Posição B	A porção mais elevada do dente incluso encontra-se abaixo do plano oclusal, mas superiormente à linha cervical do segundo molar.
Posição C	A porção mais elevada do dente incluso encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar.

Tabela 2 - Classificação de Pell & Gregory em relação ao plano oclusal (Pell & Gregory, 1933)

Consoante aumenta a profundidade do dente, maior a espessura de osso existente e por sua vez mais dificultada será a cirurgia (Peterson et al., 2005).

5. Indicações

A exodontia precoce diminui a morbidade pós-operatória e proporciona uma melhor cicatrização, segundo Peterson et al. (2005). Afirma ainda que o período ideal para o procedimento cirúrgico é após a formação do primeiro terço radicular e antes da formação do segundo terço.

Dentes retidos com lesões cariosas não restauráveis, com pericoronarite e que contribuam para reabsorção dos dentes adjacentes devem ser extraídos (Juodzbaly & Daugela, 2013).

Niedzielska et al. (2006) recomenda a consideração da extração profilática antes que surjam quaisquer complicações.

5.1. Prevenção da doença periodontal

Os dentes que se encontrem juntos ao dente impactado estão propensos à doença periodontal. No caso dos terceiros molares a higienização pode estar comprometida, acabando por surgir inflamação gengival, que rapidamente poderá resultar em periodontite severa. É também comum o aparecimento de bolsas a distal do segundo molar (Peterson et al., 2005).

Um estudo levado a cabo por Chu et al. (2003), numa população chinesa em Hong Kong, demonstrou que 8% dos dentes adjacentes a terceiros molares impactados apresentava uma perda periodontal de mais de 5mm.

5.2. Prevenção de cárie

Quando o dente se encontra semi-incluso, e havendo contato com a cavidade oral, fica exposto a bactérias que podem originar cárie (Peterson et al., 2005).

Segundo Nordenram et al. (1987), 15% das exodontias de terceiros molares deve-se à existência de cáries.

5.3. Pericoronarite

De acordo com Almendros-Marqués et al. (2006), a pericoronarite é dos problemas mais frequentes no que toca a dentes inclusos pois existe uma tendência à cronicidade até o dente erupcionar na sua totalidade.

A pericoronarite tem duas fases: a congestiva e a supurada. A congestiva acaba por ser a menos grave devido à regressão espontânea à qual está associada (Carvalho, 1993).

5.4. Prevenção de reabsorção radicular

Um dente incluído pode causar pressão no dente adjacente levando à reabsorção radicular. A reabsorção ocorre na sua grande maioria no segundo molar, contíguo ao terceiro molar incluído ou semi-incluído (Filho et al., 2007).

5.5. Prostodontia

Howe (1985) afirma que à medida que vamos tendo uma reabsorção maxilar, os dentes que se encontrem incluídos tornar-se-ão cada vez mais superficiais, podendo ter influências nas próteses e causar desconforto, úlceras e até mesmo inflamação. Desta forma, segundo Prado & Salim (2004), estes dentes deverão ser extraídos antes da realização da prótese, assegurando os componentes funcionais e estéticos.

Por outro lado, Peterson et al. (2005) defende que no caso de atrofia maxilar, maior será a probabilidade de fratura óssea aquando da remoção do dente incluído.

5.6. Prevenção de quistos e tumores

Um dente que se encontre totalmente dentro do osso é passível de sofrer degeneração quística no seu folículo dentário (Prado & Salim, 2004).

Apesar de raros, quistos odontogénicos e tumores poderão ser observados em pacientes com dentes incluídos (Steed, 2014).

A incidência destas patologias associada a terceiros molares, pode variar desde 0.001% até 11% (Lytle, 1995; Nordenram et al., 1987).

5.7. Prevenção da dor de origem desconhecida

Peterson et al. (2005) relata que quando o paciente aparece no consultório com dor sem razão evidente, condições como disfunção miofascial e problemas da articulação temporomandibular são excluídas e apresenta um dente incluso, está indicado a exodontia do dente em questão.

5.8. Prevenção da fratura mandibular

Um terceiro molar mandibular, não erupcionado, ocupa uma localização que poderia ser preenchida por osso (Peterson et al., 2005). Nestes casos, os pacientes estão propensos a fraturas mandibulares devido à diminuição da área de osso transversal (Patil, 2012). Tal facto poderá tornar a mandíbula mais vulnerável e conduzir a fraturas condilares (Gaddipati et al., 2014).

5.9. Razões ortodônticas

Pacientes que estão prestes a iniciar um tratamento ortodôntico em que esteja previsto a retração dos molares, é recomendado a exodontia dos dentes inclusos (Peterson et al., 2005).

Richardson (1989) considera que após concluído o tratamento ortodôntico, a presença de terceiros molares inclusos poderá levar ao apinhamento dos incisivos inferiores, estando indicado a sua extração.

6. Contra-indicações

De acordo com Marzola (1995), existem 3 principais contra-indicações à exodontia de dentes inclusos: em pacientes idosos em que o dente se encontra assintomático, quando o estado de saúde do paciente se encontra comprometido e em caso de risco de danificar alguma estrutura adjacente.

6.1. Extremo de idades

A idade avançada é das contra-indicações mais comuns (Peterson et al., 2005). Em pacientes jovens o osso é mais suave e resiliente quando comparado a pacientes idosos, que apresentam um osso caracteristicamente mais difícil, havendo maior necessidade de remoção óssea durante o procedimento e por sua vez um pós-operatório com maior dor e edema (Bello et al., 2011).

No caso de pacientes com idade avançada, em que o dente se encontra retido de forma assintomática, Peterson et al. (2005) sugere vigiar regularmente o dente ao invés de o extrair.

6.2. Condição médica comprometida

É frequente um estado de saúde debilitado e uma idade avançada estarem associados. Se o dente for sintomático, o médico dentista deverá trabalhar em conjunto com o médico assistente de forma a obter um resultado com o mínimo de problemas intra e pós-operatórios.

Por outro lado, se o dente for assintomático, em caso de pacientes com problemas sistémicos, tais como cardiovasculares, respiratórios ou coagulopatias congénitas, a sua exodontia deverá ser repensada (Peterson et al., 2005).

6.3. Possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes

Quando a extração de um dente incluso ou impactado pode comprometer outros dentes, nervos ou trabalhos protéticos, o médico dentista terá que ponderar se o deve ou não remover (Peterson et al., 2005).

Cabe ao médico dentista analisar os benefícios e os potenciais riscos, avaliando se o procedimento poderá ou não ser realizado.

7. Diagnóstico

Durante o exame clínico, de acordo com Bourzgui et al. (2012), devemos suspeitar da presença de um dente incluso quando:

1. A sua janela eruptiva já foi excedida;
2. Não existe espaço suficiente para a erupção do dente;
3. Estamos perante a retenção excessiva de um dente decíduo;
4. Malposição ou malformação do dente adjacente.

A nível radiográfico o diagnóstico poderá ser obtido através de uma radiografia periapical ou de uma Ortopantomografia. Contudo para se conseguir uma posição tridimensional do dente, exames como Tomografia Axial Computadorizada (TAC) e Tomografia Computadorizada de Feixe Cónico (CBCT) são mais indicados (Chaushu, Kaczor-Urbanowicz, Zadurska, & Becker, 2015).

8. Procedimento cirúrgico

A remoção de dentes inclusos tem por base 5 etapas: exposição do dente, avaliação de remoção de osso, necessidade ou não de realizar odontosecção, remoção do dente e, por fim, limpeza alveolar procedida pelo ponto de sutura (Peterson et al., 2005).

8.1. Incisão

A realização de um retalho mucoperiósteo adequado vai permitir ao médico dentista um melhor campo de visão tanto para o dente como para o osso que o envolve, possibilitando também uma área conveniente para a introdução de afastadores e outros instrumentos (Peterson et al., 2005).

8.2. Osteotomia

Após descolado e afastado o tecido mole, dependendo do nível de inclusão e da morfologia do dente, poderá ser necessária uma osteotomia (Peterson et al., 2005).

Não está indicada a remoção de osso por lingual da mandíbula, devido à possibilidade de lesar o nervo lingual (Peterson et al., 2005).

8.3. Odontosecção

A odontosecção é uma técnica onde ocorre a divisão do dente, facilitando a sua avulsão. A separação do dente ocorre mediante o uso de uma broca de fissura que não deve ser direccionada em toda a sua extensão para lingual, apical ou mesial, evitando assim o risco de lesionar o nervo lingual, o nervo alveolar inferior e a raiz do segundo molar (aquando da extração de um terceiro molar) (Chiapasco et al., 2013).

8.4. Exodontia do dente

O próximo passo envolve a luxação do dente. Esta deverá ser conseguida com o auxílio de uma alavanca, através da aplicação de forças controladas precavendo fraturas radiculares e mandibulares (Ortiz, 2016).

8.5. Sutura

Após removido o dente, deve-se curetar o alvéolo certificando-se a remoção de possíveis resíduos do folículo dentário, de pedaços de osso soltos e de ângulos agudos. De seguida irrigar e antes de suturar confirmar uma correta hemóstase (Donado, 2005).

A sutura interrompida simples é a mais utilizada em Medicina Dentária. Há uma aproximação dos tecidos sem criar tensões nos retalhos (Chiapasco et al., 2013; Silverstein, Kurtzman, & Shatz, 2009). O ponto cruzado proporciona uma correta hemostasia e coaptação dos bordos (Siervo, 2008). Por sua vez, a sutura contínua está indicada em casos de incisões lineares sem descargas, proporcionando uma rápida cicatrização (Chiapasco et al., 2013).

Uma semana após o ato cirúrgico, deverá ser realizada a consulta de *follow-up* onde se removerão as suturas (Peterson et al., 2005).

8.6. Medicação

A exodontia de um dente incluso poderá estar relacionada com varias complicações, entre elas dor, inflamação e trismo (Bulut et al., 2001; Grossi et al., 2007).

A dor pós-cirúrgica, tem o seu início após terminar o efeito do anestésico local e atinge a sua máxima intensidade nas primeiras 12 horas (Peterson et al., 2005). É normalmente moderada e de curta duração, estando indicados analgésicos nas 24/48 horas seguintes (Seymour, Meechan, & Blair, 1985). Segundo Escoda & Aytés (2009), com o propósito de prevenir que uma dor acentuada se instale, o paciente deverá iniciar a toma do analgésico antes de acabar o efeito da anestesia local. Mansoor (2015) defende que o ibuprofeno aliado ao paracetamol constitui a primeira opção para atenuar a dor pós-operatória.

Quanto mais atraumática e assética for a cirurgia, menor a possibilidade de desconforto pós-operatório (Peterson et al., 2005).

Diversos estudos demonstram a efetividade da clorexidina a 0,12% na prevenção de infeções após exodontia (Hedström & Sjögren, 2007; Hermes et al., 1998).

A prescrição antibiótica continua a não reunir consenso na comunidade científica. Num ensaio levado a cabo por Arora et al. (2014), onde 96 pacientes foram divididos em dois grupos, foi avaliada a prevenção da inflamação pós-operatória através da toma de amoxicilina associada ao ácido clavulânico em cirurgias de terceiros molares inferiores. Neste estudo, demonstrou-se ser necessário o uso de antibiótico em casos de angulação distoangular, horizontal, cobertos por osso, e em cirurgias em que o tempo de consulta ultrapasse os 30 minutos, com o intuito de diminuir a inflamação alveolar. Para Peterson et al. (2005), em caso de pericoronarite prévia, dever-se-á prescrever antibiótico. Lodi et al. (2012), numa revisão sistemática, afirma haver evidência na redução do risco de alveolite em 38% e na diminuição da dor, através da utilização de antibióticos.

Já Monaco et al. (1999) estudou a terapia antibiótica em cirurgias de terceiros molares inclusos, numa amostra de 141 pacientes, demonstrando não haver diferença entre os pacientes que receberam amoxicilina após a cirurgia e os do grupo de controlo.

Pallasch & Slots (1996) acreditam não ser necessário o tratamento antibiótico pós-operatório a não ser que haja contaminação microbiana.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Caracterização do estudo

O presente estudo classifica-se como sendo observacional, na medida em que o investigador analisa e mede o objetivo sem modificar qualquer aspeto em estudo, e transversal pois baseia-se em amostras representativas dos pacientes num determinado instante de tempo.

2. Objetivos

O trabalho tem como objetivo inferir a principal indicação para exodontias de dentes inclusos e semi-inclusos, caracterizando também as variáveis da própria cirurgia.

3. Hipóteses de Estudo

Hipótese Nula: A principal causa de exodontia de um dente incluso e semi-incluso na população de doentes da Clínica Dentária Egas Moniz é Ortodôntica.

Hipótese Alternativa: A principal causa de exodontia de um dente incluso e semi-incluso na população de doentes da Clínica Dentária Egas Moniz é outra distinta da Ortodôntica.

4. Local do Estudo

O estudo foi realizado no bloco operatório da Clínica Dentária Egas Moniz, situada no Campus do Instituto Universitário Egas Moniz.

5. Amostra

A amostra é constituída por 100 atos clínicos de pacientes que se submeteram à exodontia de dentes inclusos ou semi-inclusos, no período de Março a Abril de 2018.

5.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes que tenham procedido a extrações dentárias de dentes inclusos e semi-inclusos realizados no bloco operatório do Instituto Universitário Egas Moniz e que tenham previamente assinado o consentimento informado recolhido na consulta de triagem.

5.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes que apresentassem dentes totalmente erupcionados.

6. Considerações éticas

A recolha de dados foi realizada na consulta assistencial de cirurgia após a aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (Anexo 1).

Os dados foram obtidos através dos diários clínicos cujos consentimentos informados foram assinados na consulta de triagem.

7. Materiais

O material que foi utilizado nas cirurgias é constituído por: espelho intraoral, pinça, sonda exploratória curva, carpul, anestubos com artinibsa (72mg/1,8ml), agulha 27G, agulha 30G, aspirador cirúrgico, cabo de bisturi número 3, lâmina de bisturi número 15, descolador de Molt, sindesmótomo curvo, alavanca Crayer, peça de mão, turbina, brocas de odontosseção troncocónicas para turbina número 28, brocas de osteotomia esféricas para peça de mão número 30 e 32, soro fisiológico, seringas para irrigação, iodopovidona a 10%, álcool a 96%, afastadores Farabeuf e Langenbeck, cureta cirúrgica, porta-agulhas Mayo, pinça de Adson, fio de sutura de seda 3'0 multifilamento não reabsorvível com agulha circular 3/8, secção triangular de corte invertido e compressas esterilizadas.

8. Métodos

A obtenção de dados foi iniciada após o parecer positivo da Comissão Científica e da Comissão de Ética. Os mesmos foram conseguidos na consulta assistencial de cirurgia do Instituto Universitário Egas Moniz.

Inicialmente foi analisada a ortopantomografia de cada paciente de forma a confirmar não só a presença de um dente incluso ou semi-incluso assim como a sua localização.

De seguida procedeu-se ao levantamento dos dados pessoais de cada indivíduo (número de processo, género e idade) e clínico-dentários (dente a ser extraído, estado de inclusão, motivo da exodontia, classificação do dente de acordo com a classificação de Winter ou da classificação de Pell & Gregory).

Finalizada a cirurgia, foram anotados os seguintes dados: técnica de incisão, necessidade ou não de osteotomia, técnica e número de suturas realizadas e prescrição de medicação.

Todos os aspetos analisados foram colocados na folha de registo de dados (Anexo 2).

9. Análise Estatística

O conjunto de informações obtidas neste estudo foram inseridas na base de dados do programa Microsoft Excel e processados a nível estatístico no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) com uma significância de 5% na análise inferencial.

Recorreu-se ao teste de qui-quadrado para a obtenção da relação entre diferentes variáveis, tais como a osteotomia, a técnica de incisão e a técnica de sutura.

III. RESULTADOS

Os resultados recolhidos, durante a consulta assistencial de cirurgia do Instituto Universitário Egas Moniz, e a obtenção da análise estatística dos mesmos serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Numa parte inicial, o tratamento dos dados será exposto de uma forma descritiva, sendo apresentados a caracterização da amostra por género, idade, dente, estado de inclusão, motivo da exodontia, classificação de Pell & Gregory, classificação de Winter, técnica de incisão, necessidade de osteotomia, técnica e número de suturas e medicação prescrita. Posteriormente, será apresentada a análise inferencial.

Nos casos em que a amostra é constituída pela totalidade dos 100 indivíduos, não se apresenta nas tabelas a percentagem por esta ser igual à frequência.

1. Estatística Descritiva – Caracterização da amostra

1.1. Género

Comparando entre géneros, numa população de 100 indivíduos, obteve-se uma distribuição da amostra maioritariamente feminina (77%), constituída por 77 indivíduos do sexo feminino e 23 indivíduos do sexo masculino (23%) (Tabela 3).

Género	Frequência
Feminino	77
Masculino	23
Total	100

Tabela 3 - Distribuição da amostra por género.

1.2. Idade

Na figura 2 é possível visualizar que a maior percentagem de cirurgias ocorreu em pacientes com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos (51%) (Tabela 4). A média de idades foi de 24,3 (com um desvio-padrão de 11,74), tendo o paciente mais velho 69 anos e o mais novo 13 anos. A idade mais frequente foi 20 anos.

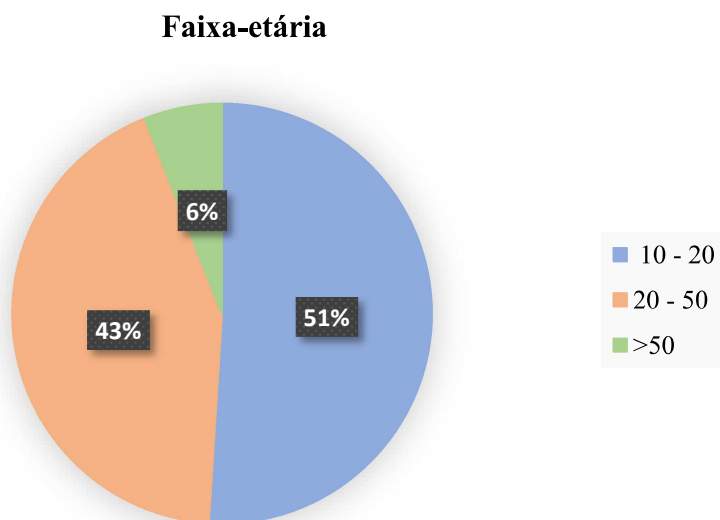


Figura 2 - Distribuição da amostra por faixa etária.

Idade	Frequência
10-20	51
20-50	43
>50	6
Total	100

Tabela 4 - Distribuição da amostra por faixa etária.

1.3. Dente

Como se pode visualizar na Figura 3, os dentes com maior frequência de extração foram os molares seguidos dos caninos superiores. Dentro dos molares, o mais frequente foi o terceiro molar inferior (33% o direito e 24% o esquerdo) seguido do terceiro molar superior esquerdo (23%) e do direito (17%). No que toca aos caninos maxilares, foram realizadas duas cirurgias ao canino direito (2%) e apenas uma ao canino esquerdo (1%) (Tabela 5).

Dente	Frequência
1.8.	17
1.3.	2
2.3.	1
2.8.	23
3.8	24
4.8.	33
Total	100

Tabela 5 - Distribuição da amostra por dente.

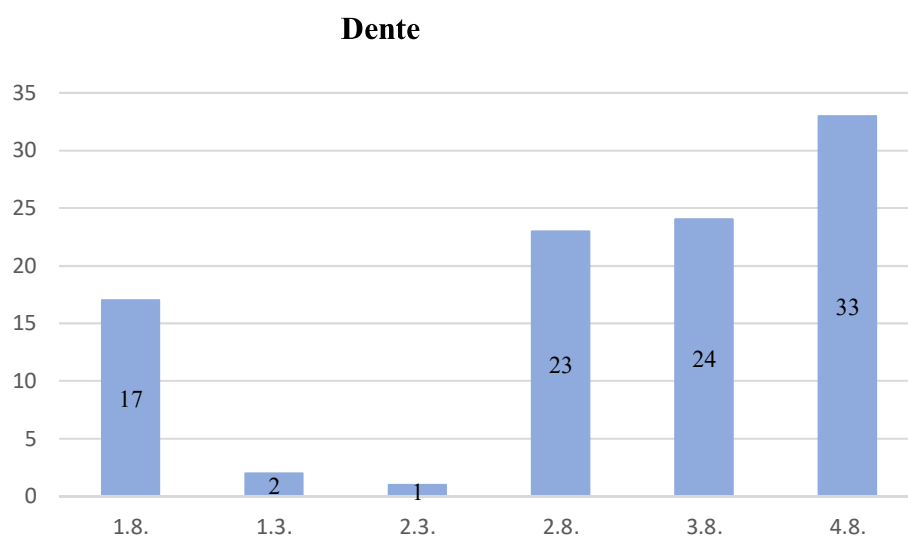


Figura 3 - Distribuição da amostra por dente.

1.4. Estado de Inclusão

Dos dentes analisados neste estudo, e conforme representado na Tabela 6, relativamente ao estado de inclusão, 69 casos eram inclusos e 31 semi-inclusos.

Estado Inclusão	Frequência
Incluso	69
Semi-incluso	31
Total	100

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o estado de inclusão.

1.5. Motivo

Em relação à causa de exodontia, a ortodontia foi a mais frequente (79%), seguida da dor (11%), da prostodontia (4%) e da cárie (4%) (Figura 4).

Todos os casos de cirurgia de caninos inclusos estavam associados à prostodontia (4%). Na amostra de 100 indivíduos, foi observado um quisto dentígero e um caso de pericoronarite (Tabela 7).

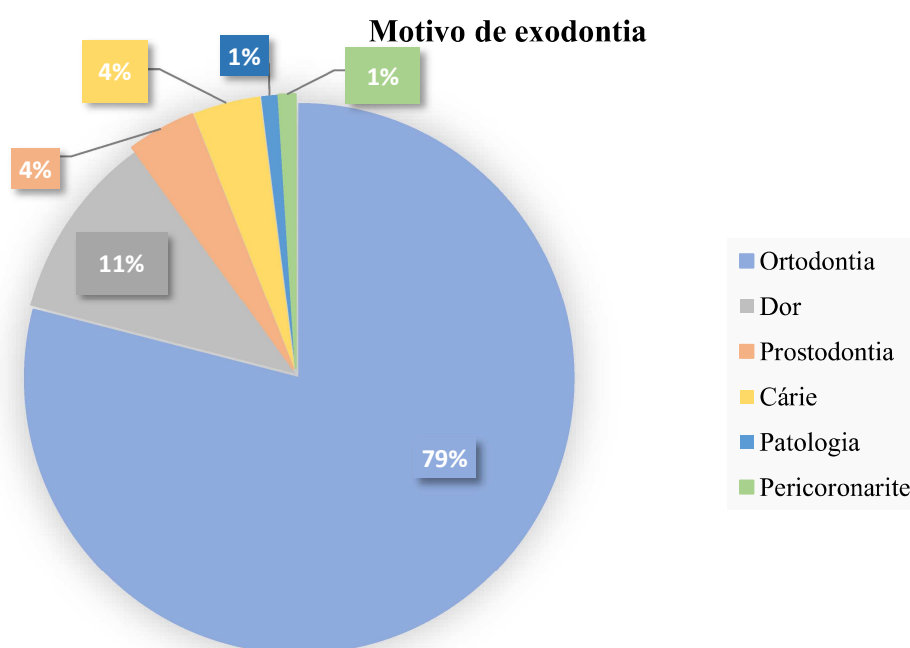


Figura 4 - Distribuição da amostra de acordo com o motivo de exodontia.

Motivo	Frequência
Ortodontia	79
Dor	11
Prostodontia	4
Cárie	4
Patologia	1
Pericoronarite	1
Total	100

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com o motivo de exodontia.

1.6. Classificação da posição

Dos 100 dentes analisados, 57 foram classificados de acordo com a classificação de Pell & Gregory e 40 com a de Winter. Os restantes tratavam-se de 3 caninos maxilares que apresentavam uma localização e orientação vestibular (Figura 5 e Tabela 8).

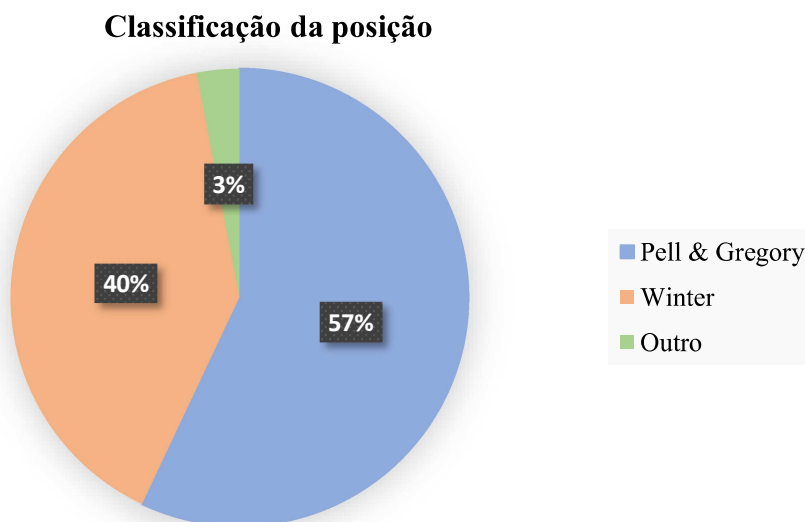


Figura 5 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação.

Classificação	Frequência
Pell & Gregory	57
Winter	40
Outro	3
Total	100

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação.

1.6.1. Classificação de Pell & Gregory

No que toca à classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano ascendente da mandíbula a classe mais predominante foi a classe II (63%) e a classe III a menos comum (16%) (Figura 6 e Tabela 9).

Relação ao Plano Ascendente da Mandíbula

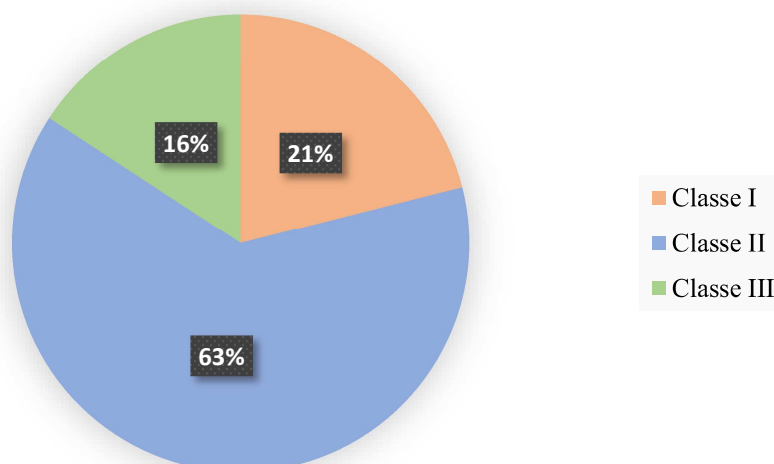


Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano ascendente da mandíbula.

Classificação	Frequência	Percentagem
Classe I	12	21
Classe II	36	63
Classe III	9	16
Total	57	100

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano ascendente da mandíbula.

Relação ao Plano Oclusal

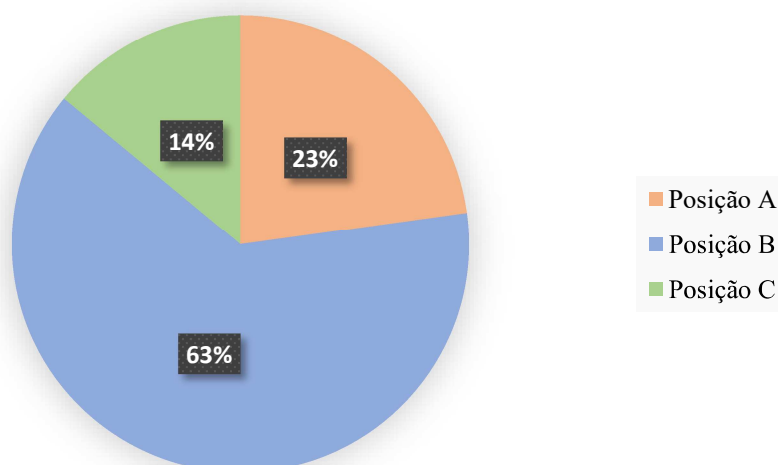


Figura 7 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano oclusal.

Relativamente ao plano oclusal o estudo demonstrou que a Posição B é a mais frequente (63%) e a Posição C a menos comum (14%) (Figura 7 e Tabela 10).

Classificação	Frequência	Percentagem
Posição A	13	23
Posição B	36	63
Posição C	8	14
Total	57	100

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo a classificação de Pell & Gregory, em relação ao plano oclusal.

Em concordância com os resultados demonstrados na Tabela 11, a classificação mais frequente é a II B, seguida da I A.

Classificação	Frequência
I A	10
I B	2
I C	0
II A	3
II B	29
II C	4
III A	0
III B	5
III C	4
Total	57

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Pell & Gregory.

1.6.2. Classificação de Winter

De acordo com a classificação de Winter, dos 40 dentes avaliados, a posição mais frequente foi a vertical (87%), seguida da mesioangular (5%), distoangular (5%) e por fim a horizontal (3%). Não se verificou nenhum dente com posição invertida (Figura 8 e Tabela 12).

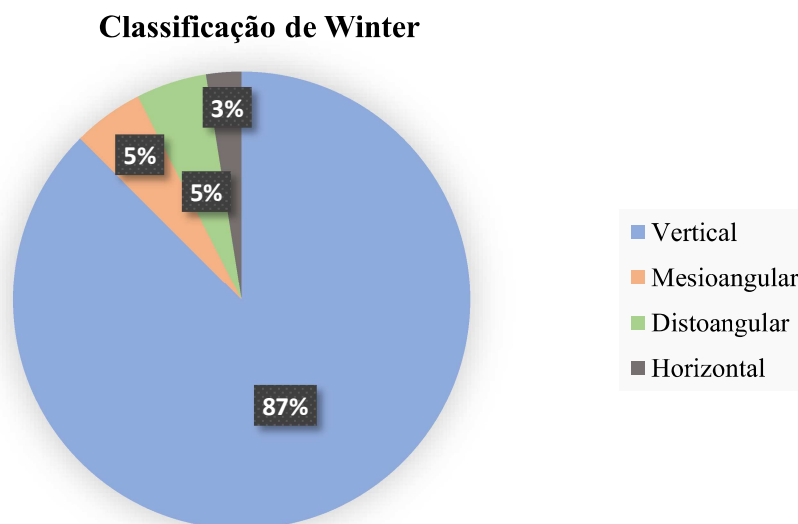


Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Winter.

Classificação	Frequência	Percentagem
Vertical	35	87
Mesioangular	2	5
Distoangular	2	5
Horizontal	1	3
Total	40	100

Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de Winter.

1.7. Incisão

No presente estudo verificaram-se 46 incisões com descarga (46%) e 54 casos onde não houve a necessidade de a realizar (54%) (Figura 9 e Tabela 13).

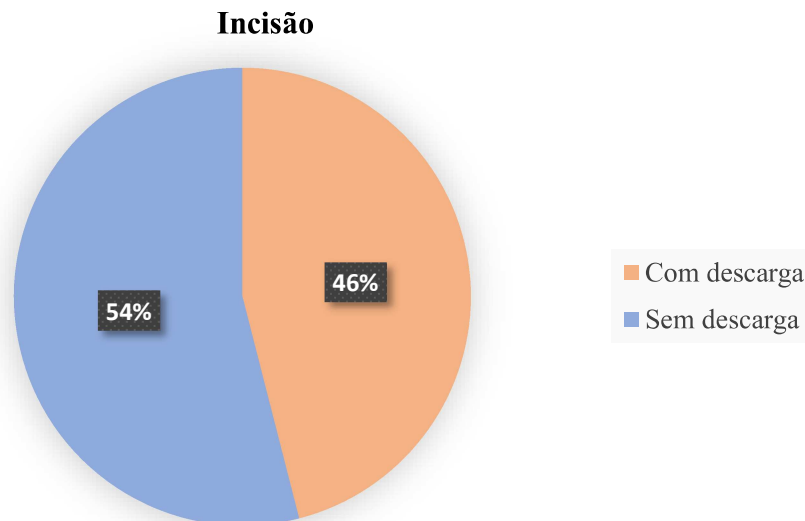


Figura 9 - Distribuição da amostra segundo a técnica de incisão.

Incisão	Frequência
Com descarga	46
Sem descarga	54
Total	100

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a técnica de incisão.

1.8. Osteotomia

De acordo com a Tabela 14, durante as cirurgias, em 65% dos casos não se realizou osteotomia.

Osteotomia	Frequência
Sim	35
Não	65
Total	100

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo osteotomia.

1.9. Sutura

Verificou-se a existência de pelo menos um ponto de sutura na totalidade das cirurgias realizadas. A técnica maioritariamente utilizada foi a do ponto simples, tendo ocorrido em 97% dos casos (Tabela 15). Por outro lado, o ponto cruzado foi apenas realizado em 3% das cirurgias. A média de pontos dados é de 2,09 com um desvio padrão de 0,99.

Tipo de sutura	Frequência
Simple	97
Cruzado	3
Total	100

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a técnica de sutura.

Em termos de número de suturas, a utilização de dois pontos de sutura foi a mais prevalente com uma percentagem de 43%, e o uso de 3 pontos de sutura o menos frequente (Figura 10).

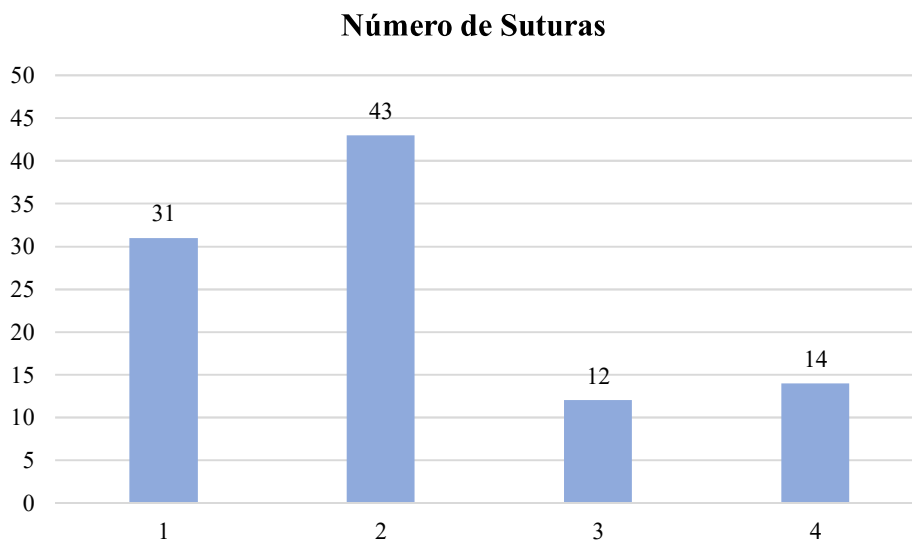


Figura 10 - Distribuição da amostra segundo o número de suturas.

1.10. Medicação

Após as cirurgias, em 100% dos casos foi prescrito um anti-inflamatório. Relativamente à antibioterapia, a amoxicilina em associação com o ácido clavulânico foi receitada a 29% dos pacientes. No que toca a analgésicos, mais concretamente paracetamol, foram prescritos em 29 das cirurgias. Apenas em 4 dos casos foi recomendado o uso de um colutório à base de clorexidina (Figura 11).

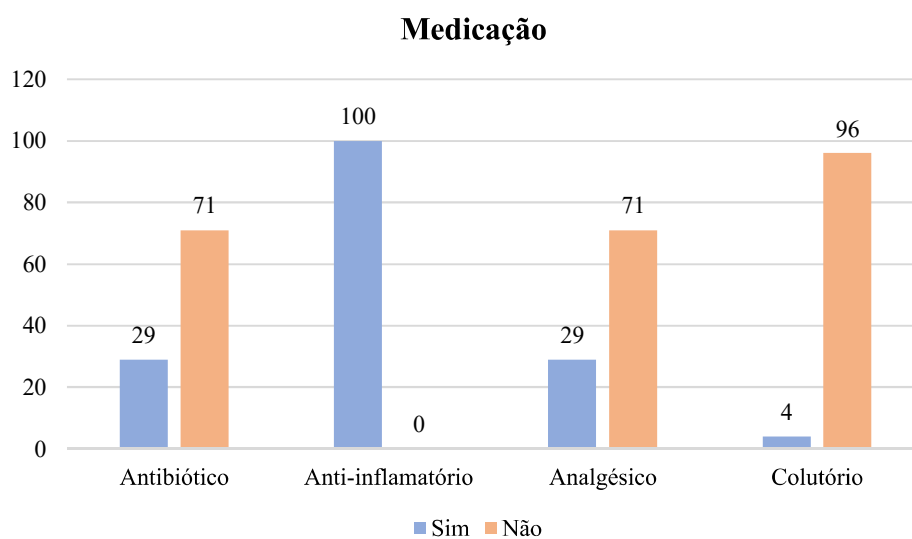


Figura 11 - Distribuição da amostra segundo a medicação.

2. Análise Inferencial

2.1. Relação entre o grau de inclusão e a técnica de incisão

A abordagem a 35 dos dentes que se encontravam inclusos envolveu uma incisão sem descarga, bem como em 19 casos de dentes semi-inclusos (Figura 12).

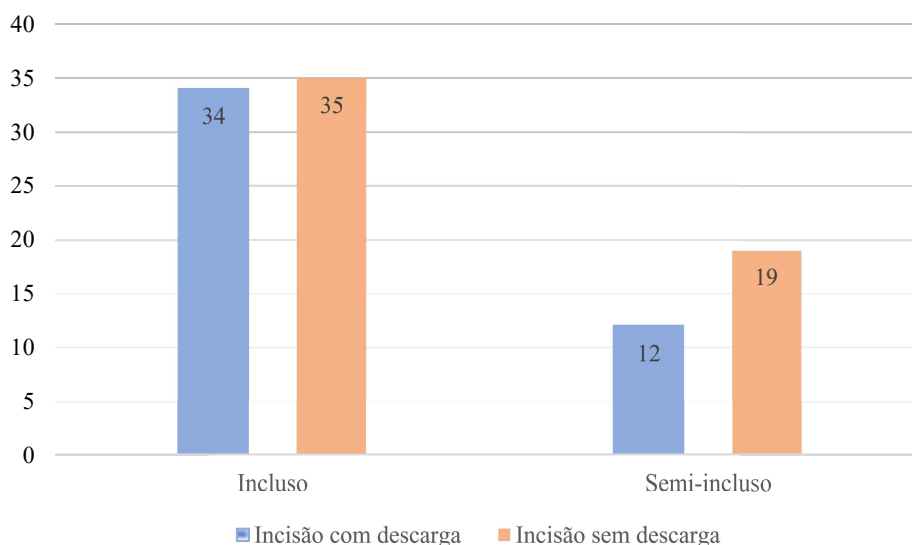


Figura 12 – Relação entre o grau de inclusão e a técnica de incisão.

Recorrendo ao teste de qui-quadrado, estudou-se a dependência entre o estado de inclusão e a técnica de incisão, obtendo-se um valor de $p = 0,32$, ou seja, $p > 0,05$. Neste contexto não existe correlação entre estas duas variáveis, sendo independentes uma da outra.

2.2. Relação entre a técnica de incisão e a técnica de sutura

A técnica de sutura que predominou, independentemente da técnica de incisão, foi a de sutura simples com 45 casos verificados após uma incisão com descarga, e 52 casos em incisões sem descarga. Já a sutura cruzada apenas se verificou uma vez após aplicada a técnica de incisão com descarga, e duas aquando da incisão sem descarga (Figura 13).

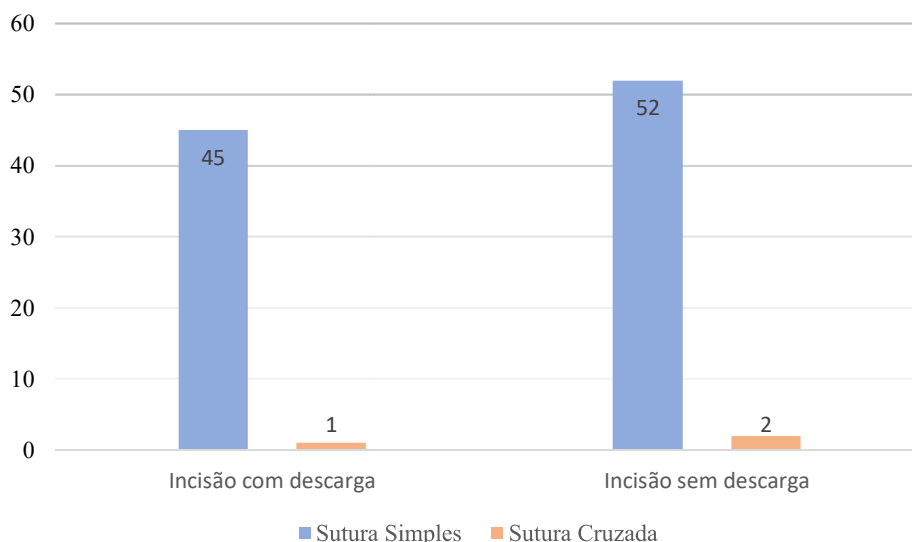


Figura 13 - Relação entre a técnica de incisão e a técnica de sutura.

Não foi possível avaliar a dependência entre a técnica de incisão e a técnica de sutura devido a esta última amostra apresentar uma amostra reduzida da variável “Sutura Cruzada”.

2.3. Relação entre a técnica de incisão e o número de suturas

Em termos de número de suturas, apenas um ponto foi dado em 31% dos pacientes, sendo que na maioria não foi necessária uma incisão com descarga. Já com dois pontos (43%) não se verificou uma grande diferença entre o tipo de incisões. Um total de 12 pacientes foram submetidos a 3 pontos, sendo que em 9 deles foi necessária a descarga na incisão. Por fim, em 14% das cirurgias foram dados 4 pontos, estando a maioria relacionada com incisões com descarga (Figura 14).

Através do teste de qui-quadrado, avaliou-se a dependência entre a técnica de incisão aplicada e o número de suturas dado, obtendo-se um resultado de $p = 0,00024$. Dado que $p < 0,05$, podemos concluir que existe uma dependência entre as duas variáveis. O número de suturas depende da técnica de incisão.

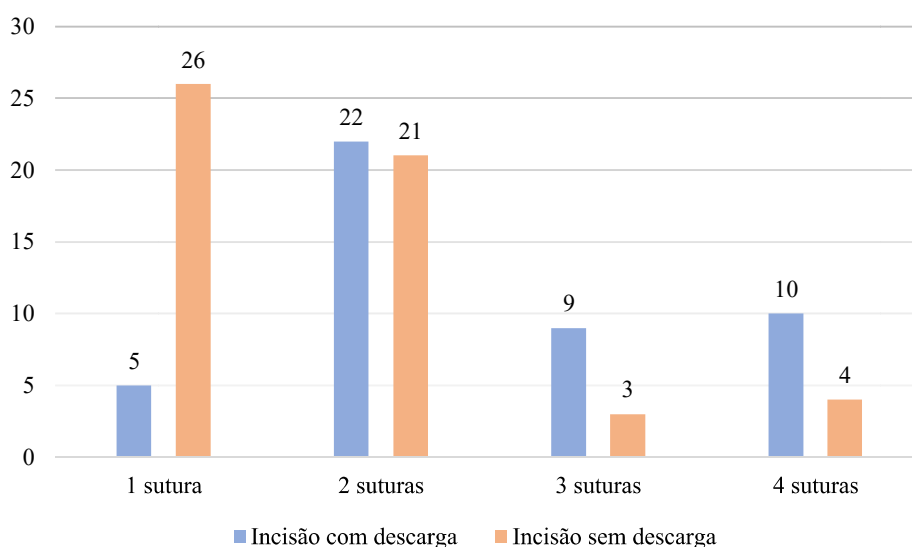


Figura 14 - Relação entre a técnica de incisão e o número de suturas.

2.4. Relação entre a osteotomia e a prescrição antibiótica

Em 24 das cirurgias que se optou pela osteotomia, foi prescrito um antibiótico no pós-operatório, e também em 5 cirurgias onde não houve a necessidade de a realizar (Figura 15).

A não prescrição antibiótica verificou-se na sua grande maioria quando não se realizou osteotomia (60%).

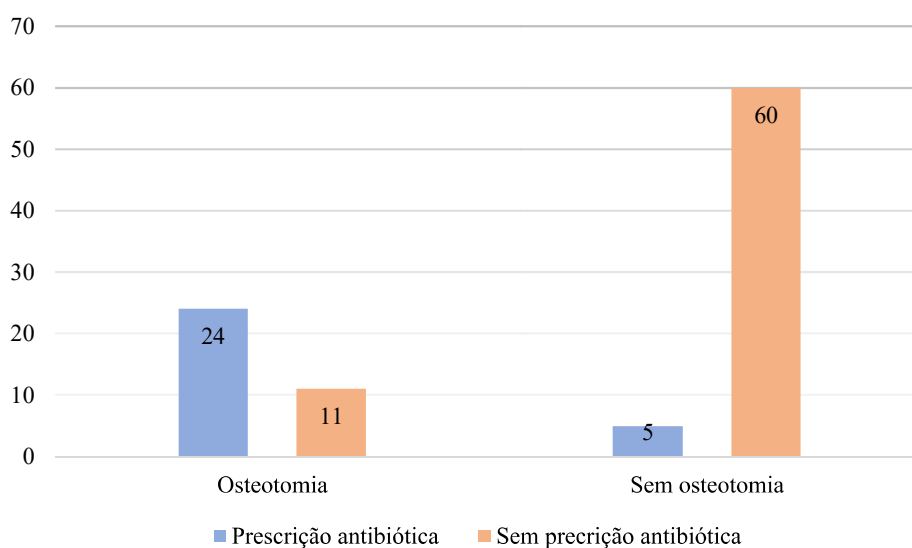


Figura 15 – Relação entre a osteotomia e a prescrição antibiótica.

Na avaliação de dependência, segundo o teste do qui-quadrado, entre a realização de osteotomia e a prescrição antibiótica o valor obtido foi $p < 0,001$, ou seja, $p < 0,05$, concluindo-se assim uma dependência entre os valores avaliados. A prescrição antibiótica está relacionada com a realização de osteotomia.

IV. DISCUSSÃO

O âmbito desta investigação impôs, entre outros, limites temporais que obrigaram a restringir a amostragem a 100 pacientes.

De acordo com o presente estudo, o género feminino foi prevalente com uma percentagem de 77%. Em concordância, Yilmaz et al. (2016) obteve uma maioria constituída por indivíduos do género feminino (52,3%), assim como Patel et al. (2017) que num estudo retrospectivo com 1198 casos, 760 pacientes eram do sexo feminino com uma percentagem de 63,44%. Contrariamente, há estudos que demonstram uma maior prevalência masculina (Msagati, Simon, & Owibingire, 2013; Padhye et al., 2013).

A maioria das exodontias ocorreram em pacientes na faixa etária dos 10 aos 20 anos (51%), onde a idade mais frequente foi 20 anos. Foram realizadas 43 cirurgias na faixa etária dos 20-50 anos e apenas 6 foram efetuadas em pacientes com idades superiores a 50 anos (6%). Estes resultados não divergem muito de outros estudos onde se verifica uma amostra predominante jovem. Al-Ramil et al. (2018) numa investigação sobre a prevalência de dentes inclusos teve uma maior incidência de inclusão dentária na faixa etária de jovens adultos dos 23-29 anos (62,3%). Em estudos conduzidos por Al-Dajani e colaboradores (2017) verificou-se que a maior percentagem de cirurgias realizadas a terceiros molares inclusos pertencia à faixa etária dos 30-34 anos (16,7%), apresentando uma idade média de 33 anos.

Quanto ao dente com maior incidência foi possível confirmar que o mais frequente foi o terceiro molar inferior (57%), seguido do terceiro molar superior (40%) e dos caninos direito (2%) e esquerdo (1%). Em estudos de Msagati et al. (2013), obtiveram-se resultados semelhantes no que toca à ordem de distribuição de pacientes de acordo com o tipo de dente incluso. Concluiu que o terceiro molar mandibular direito foi o dente mais comum, com 402 exodontias (44,7%) seguido do terceiro molar mandibular esquerdo, apresentando 356 cirurgias (39,7%), e dos terceiros molares superiores direito (2,4%) e esquerdo (1,7%). A impactação de caninos maxilares apresentou percentagens similares, com 0,8% atribuídos tanto ao canino superior esquerdo como ao direito. Em concordância, um estudo de Al-Ramil et al. (2018) que engloba 355 dentes inclusos, concluiu que os dentes inclusos mais frequentes são os terceiros molares mandibulares

(62,8%), seguindo-se os terceiros molares maxilares (30,7%) e os caninos maxilares (1,7%).

O estado de inclusão mais frequente foi o totalmente incluído com uma percentagem equivalente a 69%. Estes dados vão de acordo com estudos de Guo et al. (2014) que obtiveram predominância no estado totalmente incluído. Por outro lado, em estudos de Doğan et al. (2007), a maioria encontrava-se semi-incluídos (66,9%).

O motivo principal das exodontias prendeu-se com razões ortodônticas (79%), seguido de indicações relacionadas com a dor (11%), da cárie (4%) e da prostodontia (4%).

Pelo contrário, um estudo retrospectivo de Bataineh et al. (2002), envolvendo 1282 pacientes, determina a pericoronarite (46,8%) como motivo principal de exodontia de terceiros molares mandibulares, seguido da cárie (23%) e identifica o motivo ortodôntico como o menos frequente (0,3%). Patel et al. (2017) também num estudo retrospectivo decorrido na Índia, conclui a pericoronarite recorrente (33,81%) como sendo a causa principal de exodontia de terceiros molares inferiores incluídos, seguido da cárie no terceiro molar (24,9%), apresentando 5,34% nas indicações por motivos ortodônticos.

A prevalência da ortodontia como motivo principal poderá estar associada a idades mais jovens que dão uma importância maior à sua imagem, encarando a saúde oral como parte integrante do seu desenvolvimento. A evolução social, económica e política também contribuiu para esta nova abordagem.

Com o objetivo de analisar o posicionamento dos dentes, agruparam-se os terceiros molares incluídos mandibulares de acordo com a classificação de Pell & Gregory e os terceiros molares superiores com a classificação de Winter.

No que toca ao plano oclusal, e segundo a classificação de Pell & Gregory, a posição B foi a mais encontrada (63%), seguida da posição A (23%) e da posição C (14%). Estes dados podem ser corroborados por Quek et al. (2003) e Padhye et al. (2013) que concluíram a posição B como a predominante, com as respetivas percentagens de 80% e 45,8%.

Em contraste, estudos de Yilmaz et al. (2016) a terceiros molares incluídos concluem a posição C como sendo a mais frequente. Al-Dajani et al. (2017), com base numa

população de 2650 pacientes, afirmam a posição A como sendo a mais frequente (83,3%) e a C como a menos usual (9,2%).

Em relação ao plano ascendente da mandíbula a classe mais predominante foi a classe II (63%) e a classe III a menos comum (16%). Trento et al. (2009) vai de encontro aos dados obtidos neste estudo afirmando que a maioria dos 780 terceiros molares inferiores analisados pertencem à classe II (38,7%).

De acordo com os resultados, a classificação mais frequente é a II B, seguida da I A. Tais dados são apoiados por Marinho et al. (2005) assim como Blondeau & Daniel (2007), definindo também como posição mais frequente a posição II B.

Segundo a classificação de Winter, dos dentes avaliados, a posição vertical foi a que mais se verificou (87%), seguida da mesioangular (5%), distoangular (5%) e por fim a horizontal (3%), não se tendo verificado nenhum caso de posição invertida.

Também Al-Dajani et al. (2017) obteve como resultado mais frequente a posição vertical (85,9%) seguida pela mesioangular (7,3%) e distoangular (2,9%). Da mesma forma, Yilmaz et al. (2016) afirma a angulação vertical como a prevalente.

Contudo, existem estudos que afirmam a posição mesioangular como sendo a mais encontrada (Msagati et al., 2013; Padhye et al., 2013).

No presente estudo em 54% das cirurgias não houve a necessidade de realizar descarga na incisão principal e em 35% das ocasiões foi necessária a osteotomia.

Através do teste de qui-quadrado, com valores de $p = 0,32$ ($p > 0,05$), podemos afirmar não haver relação entre o estado de inclusão e a incisão realizada.

Após a avulsão do dente foi necessário fechar a ferida cirúrgica. Em todas as cirurgias foi realizado pelo menos um ponto de sutura, sendo a média de pontos dados de 2,09 e a técnica preferencialmente escolhida a do ponto simples (97%). A utilização de dois pontos de sutura foi prevalente com uma percentagem de 43%. Comprovou-se uma relação de dependência entre a técnica de incisão e o número de suturas dado ($p = 0,00024$ logo $p < 0,05$).

Na literatura não foram encontrados estudos que contestassem ou confirmassem estes últimos resultados.

Em todas as consultas foi prescrito um anti-inflamatório, e em apenas 29 dos casos um analgésico. Foram receitados a 29% dos pacientes amoxicilina em associação com ácido clavulânico. No presente estudo foi obtida uma dependência entre a osteotomia e a prescrição antibiótica (com o valor de $p < 0,001$), estando estas duas variáveis relacionadas. Estudos de Arora et al. (2014) e Delilbasi et al. (2004) apoiam a prescrição antibiótica de forma a prevenir a inflamação alveolar.

A profilaxia antibiótica permanece um tema controverso que não reúne unanimidade. Cabe ao profissional com base na sua experiência e conhecimento avaliar cada situação de forma a garantir os melhores cuidados de saúde.

V. CONCLUSÃO

Na prática de Medicina Dentária atual, o contacto cada vez mais cedo com o médico dentista faz com que alguns procedimentos, que só eram realizados quando se manifestavam sintomas, sejam feitos por antecipação com a correspondente melhoria na saúde e vida das pessoas.

A população abrangida é predominantemente do género feminino e o maior número de dentes extraídos corresponde a pacientes na faixa-etária dos 10 aos 20 anos.

No presente estudo conclui-se que a ortodontia é a principal causa de exodontias de dentes inclusos e semi-inclusos, aceitando-se a hipótese nula.

Em relação aos caninos maxilares, a prostodontia foi o motivo mais frequente.

Através da observação dos resultados, os molares inferiores são os dentes com maior frequência de exodontia, seguidos dos terceiros molares superiores e dos caninos maxilares. O estado de inclusão mais comum foi o incluso.

De acordo com a Classificação de Winter, a angulação prevalente foi a vertical e em relação à classificação de Pell & Gregory, a II B foi a predominante.

Durante as cirurgias, houve prevalência na incisão sem descarga e na maior parte não houve a necessidade de osteotomia.

Relativamente à sutura, a técnica eleita foi a de sutura simples e a média correspondeu a dois pontos por dente. Foi demonstrada a dependência do número de suturas com a técnica de incisão realizada.

Após todas as cirurgias foi prescrito um anti-inflamatório.

Por fim observou-se, no presente estudo, a existência de uma relação entre a osteotomia e a necessidade de prescrição antibiótica.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Abron, A., Mendro, R. L., & Kaplan, S. (2004). Impacted permanent maxillary canines: diagnosis and treatment. *The New York State Dental Journal*, 70(9), 24–28. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15683219>
- Abu Alhaija, E. S. J., AlBhairan, H. M., & AlKhateeb, S. N. (2011). Mandibular third molar space in different antero-posterior skeletal patterns. *The European Journal of Orthodontics*, 33(5), 570–576. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjq125>
- Al-Dajani, M., Abouonq, A. O., Almohammadi, T. A., Alruwaili, M. K., Alswilem, R. O., & Alzoubi, I. A. (2017). A Cohort Study of the Patterns of Third Molar Impaction in Panoramic Radiographs in Saudi Population. *The Open Dentistry Journal*, 11(1), 648–660. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010648>
- Al-Ramil, A. M., Al-Wosaibi, A. M., Bukhary, M. T., & Al-Wusaybie, M. M. (2018). Prevalence of Impacted Teeth and Associated Pathologies – A Radiographic Study, Al Ahsa, Saudi Arabia Population. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(12), 2130–2136. <https://doi.org/10.12816/0045040>
- Almendros-Marqués, N., Berini-Aytés, L., & Gay-Escoda, C. (2006). Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 102(6), 725–732. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.01.006>
- Andreasen, J. O., Petersen, J. K., Laskin, D. M., & et al. (1997). *Textbook and color atlas of tooth impactions: diagnosis, treatment, prevention* (1st ed). Copenhagen: Munksgard: Mosby Year Book Inc.
- Añino, L. B. (2001). *Atlas de cirugía oral*. (Instituto Lacer de Salud Buco-Dental, Ed.) (1st ed.).
- Archer, W. H. (1975). *Oral and maxillofacial surgery* (5th ed.). Philadel: Saunders.
- Arora, A., Roychoudhury, A., Singh, S., Arora, A., Bhutia, O., Das, B., & Pandey, S. (2014). Antibiotics in third molar extraction; are they really necessary: A non-inferiority randomized controlled trial. *National Journal of Maxillofacial Surgery*,

5(2), 166. <https://doi.org/10.4103/0975-5950.154821>

Baccetti, T. (1998). A controlled study of associated dental anomalies. *The Angle Orthodontist*, 68(3), 267–274. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(1998\)068<0267:ACSOAD>2.3.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(1998)068<0267:ACSOAD>2.3.CO;2)

Basile, J. N., & Gregori, C. (2004). *Dentes inclusos in: Gregori C., Campos, A. C., Cirurgia buco dento-alveolar*. (Sarvier, Ed.) (2nd ed.). São Paulo.

Bataineh, A. B., Albashaireh, Z. S., & Hazza'a, A. M. (2002). The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. *Quintessence International (Berlin, Germany : 1985)*, 33(8), 613–617. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12238694>

Becker, A. (2012). *Orthodontic treatment of impacted teeth* (3 ed). Wiley-Blackwell.

Bedoya, M. M., & Park, J. H. (2009). A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 140(12), 1485–1493. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19955066>

Bello, S. A., Adeyemo, W. L., Bamgbose, B. O., Obi, E. V., & Adeyinka, A. A. (2011). Effect of age, impaction types and operative time on inflammatory tissue reactions following lower third molar surgery. *Head & Face Medicine*, 7(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1746-160X-7-8>

Blondeau, F., & Daniel, N. G. (2007). Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *Journal (Canadian Dental Association)*, 73(4), 325. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17484797>

Bourzgui, F., Sebbar, M., Abidine, Z., & Bentahar, Z. (2012). Management of Dental Impaction. In *Orthodontics - Basic Aspects and Clinical Considerations*. InTech. <https://doi.org/10.5772/31199>

Bulut, E., Bulut, S., Etikan, I., & Koseoglu, O. (2001). The value of routine antibiotic prophylaxis in mandibular third molar surgery: acute-phase protein levels as

- indicators of infection. *Journal of Oral Science*, 43(2), 117–122. Retrieved from https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnugd1998/43/2/43_2_117/_article
- Carvalho, J. F. C. (1993). *Terceiro molar, estudo da prevalência e das repercussões da inclusão numa população portuguesa*. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
- Cerqueira, P. R. F., Farias, D. L. B. de, Silva Filho, J. P. da, & Oliveira, T. Q. F. de. (2007). Análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos através da radiografia panorâmica dos maxilares em relação à classificação de Winter. *Rev. Odonto Ciênc*, 22(55), 16–22. Retrieved from <http://docplayer.com.br/55028485-Analise-da-topografia-axial-dos-terceiros-molares-inclusos-atraves-da-radiografia-panoramica-dos-maxilares-em-relacao-a-classificacao-de-winter.html>
- Chaushu, S., Kaczor-Urbanowicz, K., Zadurska, M., & Becker, A. (2015). Predisposing factors for severe incisor root resorption associated with impacted maxillary canines. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 147(1), 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2014.09.012>
- Chiapasco, M., Anello, T., P, F., & et al. (2013). *Manuale illustrato di chirurgia orale* (3rd ed.). Edra Masson.
- Chu, F. C. S., Li, T. K. L., Lui, V. K. B., Newsome, P. R. H., Chow, R. L. K., & Cheung, L. K. (2003). Prevalence of impacted teeth and associated pathologies--a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 9(3), 158–163. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777649>
- Dachi, S. F., & Howell, F. V. (1961). A survey of 3,874 routine full-mouth radiographs. I. A study of retained roots and teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 14, 916–924.
- Delilbasi, C., Hatic, A., & Gühan, D. (2004). Comparison of different regimens for the prevention of alveolar osteitis Cagri Delilbasi , Hatice Altundal , Gühan Dergin , Kemal Sencift. *Kemal Sencift*, (2), 41–44. Retrieved from <http://oralhealth.ro/volumes/2004/volume-2/V2-04-7.pdf>

- Doğan, N., Orhan, K., Günaydin, Y., Köymen, R., Okçu, K., & Uçok, O. (2007). Unerupted mandibular third molars: symptoms, associated pathologies, and indications for removal in a Turkish population. *Quintessence International (Berlin, Germany)*: 1985), 38(8), e497-505. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17823674>
- Donado, M. (2005). *Cirugía bucal: patología y técnica*. (Elsevier, Ed.) (3rd ed.). Barcelona: Masson.
- Ebbert, S., & Sangiorgio, M. (1991). Facing the dreaded third molar. *Prevention*, 43(7), 108–110.
- Escoda, C. G., & Aytés, L. B. (2009). *Tratado de cirugía bucal*. Ergon.
- Favre de Thierrens, C., et al. (2003). *Inclusion dentaire (I). Aspects biologiques, odontogéniques, physiologiques et pathologiques*. Paris: Encycl Méd Chir (Editions Scientifique et Médicales Elsevier SAS,.
- Filho, P. R. M., Piva, M. R., Santos, T. de S., Silva, L. C. F. da, & Souza, L. B. (2007). Evaluation of prevalence of pathologic conditions in impacted wisdom teeth. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. Retrieved from <http://www.revistacirurgiabmf.com/2008/v8n3/6.pdf>
- Gaddipati, R., Ramisetty, S., Vura, N., Kanduri, R. R., & Gunda, V. K. (2014). Impacted mandibular third molars and their influence on mandibular angle and condyle fractures – A retrospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 42(7), 1102–1105. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2014.01.038>
- Garcia, R. R., Paza, A. O., Moreira, R. W. F., Moraes, M. de, & Passeri, L. A. (2000). Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 5(2). <https://doi.org/10.5335/RFO.V5I2.1196>
- Gbotolorun, O. M., Olojede, A. C. O., Arotiba, G. T., Ladeinde, A. L., Akinwande, J. A., & Bamgbose, B. O. (2007). Impacted mandibular third molars: presentation and postoperative complications at the Lagos University Teaching Hospital. *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*, 17(1), 26–29. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688169>

- Gregg, T. A., & Kinirons, M. J. (1991). The effect of the position and orientation of unerupted premaxillary supernumerary teeth on eruption and displacement of permanent incisors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 1(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.1991.tb00314.x>
- Grossi, G. B., Maiorana, C., Garramone, R. A., Borgonovo, A., Creminelli, L., & Santoro, F. (2007). Assessing Postoperative Discomfort After Third Molar Surgery: A Prospective Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 65(5), 901–917. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.12.046>
- Guo, Y., Yan, C., Lin, X., Zhang, W., Zhou, H., Pan, F., ... Chen, T. (2014). The influence of impaction to the third molar mineralization in northwestern Chinese population. *International Journal of Legal Medicine*, 128(4), 659–665. <https://doi.org/10.1007/s00414-014-0979-z>
- Hattab, F. N., Rawashdeh, M. A., & Fahmy, M. S. (1995). Impaction status of third molars in Jordanian students. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 79(1), 24–29. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7614155>
- Hedström, L., & Sjögren, P. (2007). Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials about prevention of alveolar osteitis following tooth extraction: a systematic review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 103(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.01.007>
- Hermesch, C. B., Hilton, T. J., Biesbrock, A. R., Baker, R. A., Cain-Hamlin, J., McClanahan, S. F., & Gerlach, R. W. (1998). Perioperative use of 0.12% chlorhexidine gluconate for the prevention of alveolar osteitis: efficacy and risk factor analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 85(4), 381–387. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9574945>
- Howe, G. L. (1985). *Minor oral surgery* (3 edição). Wright.

- Juodzbaly, G., & Daugela, P. (2013). Mandibular third molar impaction: review of literature and a proposal of a classification. *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, 4(2), e1. <https://doi.org/10.5037/jomr.2013.4201>
- Kruger, G. O. et al. (1979). *Cirurgia Bucal e Maxilo Facial* (5 ed). Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan.
- Lodi, G., Figini, L., Sardella, A., Carrassi, A., Del Fabbro, M., & Furness, S. (2012). Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD003811. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003811.pub2>
- Lytle, J. J. (1995). Etiology and indications for the management of impacted teeth. *Northwest Dentistry*, 74(6), 23–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9462087>
- Mansoor, J. (2015). Pre- and postoperative management techniques. Before and after. Part 2: the removal of third molars. *BDJ*, 218(5), 279–284. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.145>
- Marinho, S., Verli, F. D., Amenábar, J. M., & Brucker, M. R. (2005). *Avaliação da posição dos terceiros molares inferiores retidos em radiografias panorâmicas*. *Robrac* (Vol. 14). Associação Brasileira de Odontologia - Seção Goiás. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/258998001_Avaliacao_da_posicao_dos_terceiros_molares_inferiores_retidos_em_radiografias_panoramicas
- Marzola, C. (1995). *Retenção Dental Clóvis Marzola* -. (Pancast, Ed.) (2nd ed.). São Paulo.
- Mcdonald, R. E., & Avery, D. R. (2001). *Erupção dos dentes: fatores locais, sistêmicos e congênitos que influenciam o processo* (7th ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Monaco, G., Staffolani, C., Gatto, M. R., & Checchi, L. (1999). Antibiotic therapy in impacted third molar surgery. *European Journal of Oral Sciences*, 107(6), 437–441. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10625102>

- Msagati, F., Simon, E. N., & Owibingire, S. (2013). Pattern of occurrence and treatment of impacted teeth at the Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health*, 13(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-13-37>
- Neville, B., Damm, D., Allen, J., & Bouquot, J. (1998). Anomalias dos dentes. In Guanabara Koogan (Ed.), *Patologia Oral e Maxilofacial* (pp. 43–92).
- Niedzielska, I. A., Drugacz, J., Kus', N., & Kręska, J. (2006). Panoramic radiographic predictors of mandibular third molar eruption. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 102(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.003>
- Nogueira, A. S., Ponzoni, D., Pasinato, E., Ferrari, L. K., & Farias, R. D. (1997). Principais transtornos ocasionados por dentes inclusos. *Revista Da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 51(3), 247–249.
- Nordenram, A., Hultin, M., Kjellman, O., & Ramström, G. (1987). Indications for surgical removal of the mandibular third molar. Study of 2,630 cases. *Swedish Dental Journal*, 11(1–2), 23–29. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3473707>
- Ortiz, A. J. (2016). *Aplicación de la técnica de odontoseccion y farmacoterapia en terceros molares inferiores retenidos en posición mesioangular*.
- Padhye, M. N., Dabir, A. V., Girotra, C. S., & Pandhi, V. H. (2013). Pattern of mandibular third molar impaction in the Indian population: a retrospective clinico-radiographic survey. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 116(3), e161–e166. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2011.12.019>
- Pallasch, T. J., & Slots, J. (1996). Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. *Periodontology 2000*, 10(1), 107–138. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1996.tb00071.x>
- Patel, S., Mansuri, S., Shaikh, F., & Shah, T. (2017). Impacted Mandibular Third Molars: A Retrospective Study of 1198 Cases to Assess Indications for Surgical Removal, and Correlation with Age, Sex and Type of Impaction—A Single Institutional Experience. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 16(1), 79–84.

<https://doi.org/10.1007/s12663-016-0929-z>

- Patil, P. M. (2012). Unerupted lower third molars and their influence on fractures of the mandibular angle and condyle. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 50(5), 443–446. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2011.06.002>
- Pell, G. J., & Gregory, G. T. (1933). Impacted mandibular third molars: Classification and Impacted mandibular third molars: Classification and modified technique for removal. *The Dental Digest*, 39(9), 330–338.
- Peterson, L. J., Hupp, J. R., Ellis, E., & Tucker, M. R. (2005). *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea* (4th ed). São Paulo: Elsevier.
- Prado, R., & Salim, M. A. A. (2004). *Cirurgia Bucomaxilofacial: Diagnóstico e Tratamento*. (Guanabara Coogan S.A, Ed.). Rio de Janeiro.
- Quek, S. L., Tay, C. K., Tay, K. H., Toh, S. L., & Lim, K. C. (2003). Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 32(5), 548–552. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759117>
- Rebellato, J., & Schabel, B. (2003). Treatment of a Patient with an Impacted Transmigrant Mandibular Canine and a Palatally Impacted Maxillary Canine. 328 *Angle Orthodontist*, 73(3). Retrieved from [http://www.angle.org/doi/full/10.1043/0003-3219\(2003\)073%3C0328:TOAPWA%3E2.0.CO;2?code=angf-site](http://www.angle.org/doi/full/10.1043/0003-3219(2003)073%3C0328:TOAPWA%3E2.0.CO;2?code=angf-site)
- Richardson, M. E. (1989). The role of the third molar in the cause of late lower arch crowding: a review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics : Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, 95(1), 79–83.
- Rutledge, M. S., & Hartsfield, J. K. (2010). Genetic Factors in the Etiology of Palatally Displaced Canines. *Seminars in Orthodontics*, 16(3), 165–171. <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2010.05.001>
- Seymour, R. A., Meechan, J. G., & Blair, G. S. (1985). An investigation into post-

- operative pain after third molar surgery under local analgesia. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 23(6), 410–418. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2933061>
- Siervo, S., & Lorenzini, L. (2008). *Suturing techniques in oral surgery*. Quintessenza Edizioni.
- Silverstein, L. H., Kurtzman, G. M., & Shatz, P. C. (2009). Suturing for Optimal Soft-Tissue Management. *Journal of Oral Implantology*, 35(2), 82–90. <https://doi.org/10.1563/1548-1336-35.2.82>
- Steed, M. B. (2014). The indications for third-molar extractions. *The Journal of the American Dental Association*, 145(6), 570–573. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.18>
- Tito, M. A., Rodrigues, R. M., Guimarães, J. P. ., & Góis Guimarães, K. A. (2008). Caninos superiores impactados bilateralmente, 56(2), 15–19. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/26585402_Caninos_superiores_impactados_bilateralmente
- Trento, A., Luciano, C., Moreira, M., Vilmar, D., & Paulo, J. (2009). Localização e classificação de terceiros molares: análise radiográfica, (2), 1981–3775. Retrieved from http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol3_num2/arquivos/artigo3.pdf
- Winter, G. B. (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations*. St Louis: American Medical Book Co.
- Yilmaz, S., Adisen, M. Z., Misirlioglu, M., & Yorubulut, S. (2016). Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. *Medical Principles and Practice*, 25(2), 169–175. <https://doi.org/10.1159/000442416>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da comissão de ética

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 620

Ex.ma Senhora

Francisca Maria Pinto de Borja Serafim

Monte de Caparica, 28 de fevereiro de 2018.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Causas das exodontias de dentes inclusos e semi-inclusos no bloco operatório da Clínica Egas Moniz”** foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Anexo 2 – Folha de registo de dados

Folha de Registo de dados

Ficha de Recolha de dados nº _____

Dente: _____ Incluso/semi-incluso

Idade: _____

Género: _____

Motivo: _____

Escala Intra-operatória

Posição do dente: _____

Incisão: Com descarga/ Sem descarga

Técnica de Sutura: _____

Osteotomia: Sim/Não

Medicação: _____