

Questionamentos rotineiramente relacionados aos terceiros molares

Dr. Rodolfo Francisco Haltenhof Melani, Dr. Emerson Nakao e Dr. Leandro Stocco Baccarin

A Odontologia Baseada em Evidências (OBE) tenta buscar respostas que colaborem na tomada de decisões clínicas, por meio de pesquisas validadas cientificamente, observando-se, ainda, a experiência clínica do profissional e as características do paciente (abordagem de prognóstico centralizada no paciente).

Finalizando, nossa abordagem sobre os terceiros molares, formulamos duas questões apresentadas nas próximas páginas.



1. Quando um terceiro molar acometido por pericoronarite deve ser removido?

A pericoronarite é, de maneira geral, uma condição local crônica, associada ao terceiro molar inferior impactado, que não erupcionou por completo¹.

“ Está relacionada a sinais e sintomas mais brandos, quando em sua condio crnica, como dor, edema, eritema cutâneo, drenagem de coleo purulenta e gosto ruim. ”

Entretanto, existem também situaoes clínicas mais severas, compatíveis com agudizao do quadro crnico, nas quais os doentes podem evoluir para uma situao clínica mais grave e importante, mas apresentam alguns intervalos com melhoras.

Disfagia (dificuldade para deglutir), envolvimento ganglionar agudo, febre sistmica, limitaoes de abertu-

ra de boca e celulite seriam sinais e sintomas mais graves e associados a uma condio aguda do quadro¹.

A deciso para a manuteno do terceiro molar contra a sua remoo cirúrgica deve considerar o efeito potencial da reteno no estado periodontal do paciente a longo prazo e o potencial do dente impactado para servir como uma fonte de inflamao crnica e infeco sistmica que pode debilitar a saúde geral dos indivíduos acometidos.

O tratamento com irrigao local e/ou antibioticoterapia pode ser considerado como paliativo e temporário, pois, na maioria dos casos, os sintomas podem ser recorrentes e, possivelmente, disseminar a infeco⁴.

O Instituto Nacional de Excelência Clínica (NIH)² na Inglaterra recomenda que apenas um episódio de pericoronarite no deve ser considerado como uma indicao para remoo do dente, a no ser que seja um quadro grave.

“ Entretanto, quando há o desenvolvimento de bolsas e doena periodontal entre o segundo e o terceiro molar impactado, recomenda-se a exodontia precoce do terceiro molar impactado, diminuindo o dano periodontal. ”

Como recomendao clínica final, para indivíduos com sinais e sintomas recorrentes, deve-se seriamente considerar o procedimento cirúrgico para exodontia do terceiro molar, por ser esta a melhor opo de tratamento a longo prazo para resoluo dos quadros recorrentes de pericoronarite^{1,3}.

Referências Bibliográficas

1. Bradshaw S, Faulk J, Blakey GH, Phillips C, Phero JA, White RP Jr. Quality of life outcomes after third molar removal in subjects with minor symptoms of pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(11):2494-500.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the Extraction of Wisdom Teeth [Internet]. London, UK: NICE; 2000 [Revised 2003 mar, updated 2011 Jan 10, cited 2014 apr 09] Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11385/31993/31993.pdf>.
3. Juodzbalys G, Daugela P. Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and a Proposal of a Classification. *J Oral Maxillofac Res*. 2013 1;4(2):e1. eCollection 2013.
4. Offenbacher S, Beck JD, Moss KL, Barros S, Mendoza L, White RP Jr. What are the local and systemic implications of third molar retention? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S58-65.

2. Terceiros molares inferiores causam apinhamento dos incisivos inferiores?

O apinhamento dentário é caracterizado pela sobreposição e rotação dentária e pode ser classificado em primário, secundário e terciário, de acordo com a idade cronológica, sugerindo uma etiologia multifatorial². A principal discussão quanto aos terceiros molares inferiores é sua relação como agente causal do apinhamento dentário dos incisivos inferiores.

A extração dos terceiros molares para evitar apinhamento tardio dos incisivos inferiores tem sido um dos princípios odontológicos mais antigos a ser refutado na última década. Terceiros molares não apresentam força o suficiente para mover outros dentes e, portanto, não poderiam causar apinhamentos e sobreposições dos incisivos e tais associações não podem ser consideradas como causalidade⁵.

Muitos fatores considerados potencialmente etiológicos para apinhamentos foram estudados, mas o único correlacionado foi a presença ou o posicionamento do terceiro molar e seus efeitos na região anterior da mandíbula (desvio

de linha média, apinhamento dos dentes), além de comparações entre pacientes com ausência uni ou bilateral desse dente.

Sugere-se que existem outros fatores de maior peso no apinhamento tardio de dentes anteriores e o terceiro molar não poderia ser considerado o agente causal do apinhamento anteroinferior², uma vez que a etiologia dessa situação clínica é multifatorial^{2,4}. Também foram correlacionados a presença dos terceiros molares com o crescimento residual ou tardio mandibular² e uma associação (grau indeterminado) da diminuição do comprimento do arco e do tamanho da mandíbula / dente.

Alterações esqueléticas e de tecidos moles durante o desenvolvimento craniano devido a diversos fatores poderiam também contribuir para o apinhamento anterior^{2,4} e não estão relacionadas aos terceiros molares. Embora muitas teorias tenham tentado explicar as razões do apinhamento dos incisivos inferiores, diversos fatores, correlacionados ou não

entre si, podem, portanto, ser responsáveis por essa condição dental⁴.

Vale citar que não é possível explicar, prevenir ou prevenir o apinhamento anterior inferior. Não foi possível identificar evidências que determinam ou mensuram essa participação, que tem caráter individual.

“Portanto, o terceiro molar não pode ser considerado o agente causal ou a única causa do apinhamento anteroinferior².”

É possível concluir que o procedimento cirúrgico não reduz nem impede o apinhamento tardio dos incisivos¹ e deveria ser fundamentado em outras razões mais sólidas^{3,2}, pois não há evidência disponível de que exista essa correlação¹ para fundamentar e recomendar as exodontias profiláticas. ■

Referências Bibliográficas

1. Mettes TD, Ghaemina H, Nienhuijs ME, Perry J, van der Sanden WJ, Plasschaert A. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2:CD003879.
2. Marigo G, Marigo M, Rezende FG, Marigo M. O terceiro molar como fator etiológico do apinhamento ântero-inferior. *Rev Cient FACS* 2011 13: 11
3. Kandasamy S, Rinchuse DJ, Rinchuse DJ. The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J* 2009; 54(4):284-92. doi:10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x.
4. Karasawa LH, Rossi AC, Groppo FC, Prado FB, Caria PH. Cross-sectional study of correlation between mandibular incisor crowding and third molars in young Brazilians. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(3):e505-9.
5. Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1554-9.