

# Quais patologias estão rotineiramente relacionadas aos terceiros molares?

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



As doenças ou patologias mais comuns e que são associadas aos terceiros molares retidos são<sup>1</sup>:

#### Pericoronarite:

A pericoronarite é, de maneira geral, uma condição local crônica, associada ao terceiro molar inferior impactado e não-erupcionado completamente. Apresenta-se como um quadro clínico infeccioso agudo ou crônico, com sintomas clínicos que incluem dor, inchaço, eritema e purulência em sua fase aguda. Antibióticos e intervenções cirúrgicas são recomendadas em casos recorrentes<sup>2</sup>.

#### Cáries:

Estudos mostram que a prevalência de cárie nos terceiros molares expostos à cavidade bucal aumenta com a idade<sup>2</sup>, geralmente após os 25 anos.

#### Cistos e Tumores:

Um argumento para a remoção de terceiros molares assintomáticos tem sido apoiado por dados baseados em evidências clínicas e laboratoriais que mostram que "assintomático" não necessariamente significa "livre de doença"<sup>3</sup>. Terceiros molares retidos não são exceção.

“Clínicos geralmente avaliam pacientes que relatam ausência de sintomatologia, mas que apresentam lesões radiolúcidas como achados radiográficos pontuais através de imagens panorâmicas.”

Apesar de tais casos e imagens serem convincentes, a frequência de cistos ou tumores odontogênicos é tão baixa que a remoção de terceiros molares retidos para evitar cistos ou tumores geralmente não é suportada<sup>4</sup>.

O estudo de Stathopoulos et al.(2011)<sup>5</sup> confirmou tal situação: a incidência de condições patológicas relacionadas com terceiros molares impactados é relativamente baixa (2,77%). Baseado neste índice em relação ao desenvolvimento de cistos e tumores associados aos terceiros molares, recomenda-se que a remoção cirúrgica profilática de terceiros molares impactados, não erupcionados ou parcialmente erupcionados só deve ser realizada na presença de indicações específicas<sup>5</sup>. A decisão de tal cirurgia profilática

deve ser baseada, portanto, em uma estimativa do equilíbrio entre a probabilidade de terceiros molares retidos causarem problemas no futuro e os riscos ou vantagens da cirurgia realizada previamente em comparação com procedimentos mais tardios<sup>5</sup>.

#### Reabsorção óssea:

Em específico, a doença periodontal foi associada com terceiros molares retidos e assintomáticos<sup>2,6</sup>. Acha-dos clínicos como o aumento de doença periodontal associada à perda de inserção óssea em conjunto à colonização de agentes patogênicos suportaram o conceito de que as mudanças clínicas e microbiológicas e o início da periodontite podem se manifestar em primeiro lugar na região de terceiros molares em adultos jovens. É importante caracterizar que a ausência de sintomas associados com terceiros molares retidos não é igual à ausência de doença ou patologia.

#### Mudanças dimensionais no arco dentário (apinhamento dentário):

A extração dos terceiros molares para evitar apinhamento tardio dos incisivos inferiores tem sido um dos princípios odontológicos mais anti-

gos 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 qualquer tipo de associação não pode ser considerada como causalidade.”

Não há evidência disponível de que exista essa correlação<sup>1</sup> para fundamentar a indicação cirúrgica.

Diante do exposto em relação às principais patologias citadas, recomenda-se que pacientes que optam pela retenção do terceiro molar assintomático devem fazer exames clínicos e radiográficos periódicos regulares, para detectar doenças ou patologias antes que se esta se torne sintomática<sup>3</sup>.

As consequências a longo prazo de terceiros molares não extraídos são desconhecidas e imprevisíveis<sup>6,8,9,10</sup>, e métodos para essa previsão, capazes de estabelecer uma relação confiável de causa e efeito entre os terceiros molares a problemas como os apinhamentos dentários anteriores, formação de cistos e tumores, problemas periodontais e até de seu posicionamento correto para erupção, têm sido alvo de pesquisas por décadas.

Desde a Conferência para Consenso sobre Terceiros Molares (NIH), em 1979<sup>11</sup>, ficou estabelecido que não havia um exame clínico ou complementar que previsse a erupção de um terceiro molar de forma incontestável, conclusão reafirmada em um relatório da Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais (AAOMS), publicado em 1993<sup>11</sup>, e sustentada até os dias de hoje – não há dados longitudinais o suficiente sobre as mudanças que ocorrem com o passar do tempo para os terceiros molares impactados – são raros os dentes que permanecem estáticos, sem mudanças na posição ou na angulação com o passar do tempo<sup>12</sup>. ■

#### Referências Bibliográficas

- 1 - Mettes TD, Ghaemini 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 - American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. White Paper on Third Molar Data. Rosemont, IL, United States of America: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2010 [cited 2014 apr 09] Available from: [http://www.aaoms.org/docs/third\\_molar\\_white\\_paper.pdf](http://www.aaoms.org/docs/third_molar_white_paper.pdf)
- 3 - Marciani RD. Is there pathology associated with asymptomatic third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S15-9.
- 4 - Dodson TB. How many patients have third molars and how many have one or more asymptomatic, disease-free third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S4-7.
- 5 - Stathopoulos P, Mezitis M, Kappatos C, et al: Cysts and tumors associated with impacted third molars: Is prophylactic removal justified? *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:405.
- 6 - 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.
- 7 - Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1554-9.
- 8 - Dodson TB. The management of the asymptomatic, disease-free wisdom tooth: removal versus retention. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2012; 20(2):169-76.
- 9 - Dodson TB, Cheifetz ID, Nelson WJ, Rafetto LK. Summary of the proceeding of the Third Molar Multidisciplinary Conference. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S66-9
- 10 - Dodson TB. Management of Asymptomatic Wisdom Teeth: An Evidence-Based Approach. In: Bagheri SC, Bell RB, Khan HA., eds. *Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery*, St. Louis: Saunders Elsevier; 2012. p. 122-126.
- 11 - Ventà I. How often do asymptomatic, disease-free third molars need to be removed? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S41-7.
- 12 - Phillips C, White RP Jr. How predictable is the position of third molars over time? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S11-4.