Avaliação radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos: um estudo observacional em João Pessoa-PB, Brasil

Radiographic assessment of the prevalence of impacted third molars: a observational study in João Pessoa-PB, Brazil

ANABELLE DIAS-RIBEIRO^I

JULLIANA CARIRY PALHANO FREIRE^{II}

EDUARDO CUNHA CARNEIRO BRAGA^{III}

EDUARDO SANT'ANA^{IV}

EDUARDO DIAS-RIBEIRO^V

^ICentro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa/PB – Brasil

^{II}Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB – Brasil

^{III}Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), João Pessoa/PB – Brasil

^{IV}Universidade de São Paulo (USP), Bauru/SP – Brasil

^VUniversidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos/PB – Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de terceiros molares retidos em radiografias ortopantomográficas em uma clínica de radiologia em João Pessoa-PB, Brasil.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal com procedimento comparativo-estatístico e análise descritiva-exploratória, por meio de uma ficha de coleta de dados pré-elaborada.

Resultados: Foram analisadas 249 radiografias, com total de 996 regiões. Terceiros molares inferiores, sexo feminino e a faixa etária dos 20-25 anos foram as mais prevalentes. Para os dentes superiores, segundo Winter, a posição vertical foi a mais observada e a méso-angular nos inferiores. De acordo com Pell e Gregory, a posição mais visualizada foi a classe All.

Conclusão: A mandíbula foi mais acometida por retenção dos terceiros molares. Quanto à classificação de Winter, com relação à maxila, a posição mais encontrada foi a vertical e na mandíbula a méso-angular. Quanto à classificação de Pell e Gregory, verificou-se que a posição mais prevalente encontrada foi a All.

Palavras-chave: Radiologia. Odontologia. Terceiro molar.

ABSTRACT

Aim: To analyze the prevalence of impacted third molars in orthopantomographic radiographs in a radiology clinic at João Pessoa-PB, Brazil.

Methodology: This is a cross-sectional study with a comparative-statistical procedure and descriptive-exploratory analysis, using a pre-elaborated datasheet.

Results: 249 radiographs, with a total of 996 regions were analyzed. Lower third molars, female gender and the 20-25 age group were the most prevalent. For the upper teeth, according to Winter, the vertical position was the most observed and the mesio-angular in the lower. According to Pell and Gregory, The most viewed position was class All.

Conclusion: The mandible was more affected by retention of the third molars. Regarding the classification of Winter, with respect to the maxilla, the most found position was vertical and in the mandible mesio-angular. According the classification of Pell and Gregory, it was found that the most prevalent position was All.

Key-words: Radiology. Dentistry. Third molar.

INTRODUÇÃO

A impactação é definida quando um dente não atinge o seu espaço no arco dental, no tempo adequado. Na dentição humana, os terceiros molares têm a maior taxa de retenção de todos os dentes.¹ Fatores como a falta de crescimento esquelético, aumento do tamanho da coroa e maturação tardia dos terceiros molares estão associados a essa inclusão.² Sintomas e patologias, embora possam ter origem multifatorial, podem ser causados a partir de dentes inclusos, como pericoronarite, dor, edema, cárie distal, perda óssea, reabsorção de dentes adjacentes, cistos e tumores odontogênicos.³

A prevalência e os fatores associados aos dentes inclusos têm sido alvo de investigação na literatura. Por ser de grande importância para o planejamento do plano de tratamento, estudos buscam a classificação de terceiros molares retidos visando à diminuição de complicações operatórias.⁴⁻⁹ Os dentes retidos podem provocar, além de grandes transtornos para os pacientes e familiares, graves complicações decorrentes da retenção e nas manobras cirúrgicas.¹⁰

Após considerar e analisar todos os fatores relacionados aos dentes retidos, se existir a indicação para a remoção cirúrgica (cáries extensas com envolvimento endodôntico e problemas periodontais graves com perda de inserção na distal do segundo molar), é necessário o correto planejamento da intervenção, que varia em função da posição do dente não irrompido.¹¹ A remoção cirúrgica de dentes retidos é bastante variável, podendo ser extremamente difícil ou relativamente fácil. Para determinar o grau de dificuldade, o cirurgião deve examinar o paciente de maneira metódica no pré-operatório.¹²

Para facilitar o planejamento e a comunicação entre os cirurgiões-dentistas,

surgiram algumas classificações dos terceiros molares que permitem a antecipação de possíveis transtornos e a previsão de algumas modificações durante o ato operatório. Tais classificações são feitas a partir da análise radiográfica e, na maioria das vezes, utilizam-se radiografias ortopantomográficas.^{11,12}

As classificações mais utilizadas para retenções dentárias relacionadas aos terceiros molares são: as de Winter¹³ (1926) e Pell e Gregory¹⁴ (1933).

A classificação de Winter¹³ (1926), para terceiros molares superiores e inferiores, é descrita a seguir: Posição vertical: longo eixo do terceiro molar paralelo ao longo eixo do segundo molar. Posição méso-angular: longo eixo do terceiro molar em posição medial, com relação ao segundo molar. Posição disto-angular: longo eixo do terceiro molar em posição distal ao segundo molar. Posição labial: longo eixo do terceiro molar em posição labial ou vestibularmente ao segundo molar. Posição lingual: longo eixo do terceiro molar em posição lingual ao segundo molar. Posição horizontal: longo eixo do terceiro molar perpendicular ao segundo molar. Posição invertida ou paranormal: longo eixo do terceiro molar em posição contrária à do segundo molar.

Especificamente, com relação aos terceiros molares inferiores, a classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933) relaciona o terceiro molar com a margem anterior do ramo da mandíbula, além de sua profundidade no arco dental, podendo ser: Classe I – há espaço suficiente entre a margem anterior da mandíbula e a face distal do segundo molar, para acomodar a coroa do terceiro molar. Classe II – o espaço existente entre a margem anterior do ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar é menor do que o diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar. Classe III – o terceiro molar encontra-se totalmente no

ramo da mandíbula pela total falta de espaço no arco alveolar. A classificação com relação à profundidade do terceiro molar inferior no osso mandibular pode ser: Posição A – a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar encontra-se ao mesmo nível ou acima da face oclusal do segundo molar. Posição B – a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar encontra-se abaixo da linha oclusal e acima da cervical do segundo molar. Posição C – a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar encontra-se ao mesmo nível ou abaixo da linha cervical do segundo molar.

Este estudo analisou a prevalência das posições radiográficas de terceiros molares retidos em radiografias ortopantomográficas em uma clínica de radiologia, João Pessoa-PB, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (CEP/UNIPÊ) em sua 40ª reunião ordinária do dia 19/7/2011, estando de acordo com as exigências propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 466/2012. Trata-se de um estudo observacional com procedimento comparativo-estatístico e análise descritiva-exploratória.

Esta pesquisa foi desenvolvida na clínica particular de radiologia INTERFACE, situada em João Pessoa-PB, Brasil. O universo constituiu-se de 498 radiografias ortopantomográficas de pacientes atendidos na clínica e a amostra foi composta por 249 radiografias. Incluíram-se, neste estudo, as radiografias ortopantomográficas de pacientes na faixa etária entre 20 a 40 anos, de ambos os sexos e que apresentaram pelo menos um terceiro

molar retido com segundo molar adjacente. Foram excluídas 249 radiografias, as quais não apresentaram os critérios de inclusão.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma ficha específica pré-elaborada, na qual foram registradas a idade e o sexo do paciente, assim como a classificação e posições, empregando-se as classificações de Winter¹³ (1926) para os terceiros molares retidos superiores e inferiores e a de Pell e Gregory¹⁴ (1933) para os terceiros molares inferiores retidos.

As radiografias ortopantomográficas digitalizadas foram feitas no mesmo aparelho de radiografia panorâmica digital, Kodak 9000C (Kodak Dental Systems, Atlanta, EUA), e observadas em um computador (Dell – Inspiron, Intel I3®, EUA) utilizando o programa *Microsoft Office Picture Manager for Windows 7*. A análise estatística descritiva foi realizada através do programa *Microsoft Office Excel 2010 for Windows 7*.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra os resultados em relação ao sexo e idade que variou entre 20 e 40 anos, com média de 25,11 anos. De acordo com essa tabela, das 249 radiografias ortopantomográficas deste estudo, avaliou-se um total de 996 regiões, correspondentes aos quatro quadrantes: ambos os arcos (superior e inferior) e lados (direito e esquerdo), referentes à região de terceiros molares. As mesmas foram classificadas da seguinte forma: 577 (57,03%) representavam terceiros molares retidos, sendo 218 na maxila e 359 na mandíbula, observou-se também que 419 (42,07%) dentes estavam ausentes devido a cirurgias prévias ou por agenesia.

Tabela 1: Resultados da prevalência de terceiros molares retidos, de acordo com o sexo, idade, presença e localização dos dentes e as posições de Winter¹³ (1926).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	77	30,92
Feminino	172	69,08
Total	249	100
Faixa etária (em anos)		
20 – 25	157	63,05
26 – 30	63	25,30
31 – 35	17	6,83
36 – 40	12	4,82
Total	249	100
Presença de terceiro molar		
Ausente	419	42,07
Presente	577	57,03
Total	996	100
Localização dos terceiros molares		
Superior Direito (18)	105	18,20
Superior Esquerdo (28)	113	19,58
Inferior Direito (38)	180	31,20
Inferior Esquerdo (48)	179	31,02
Total	577	100
Posições de Winter		
Disto-angular	98	16,98
Vertical	176	30,50
Horizontal	78	13,52
Mésio-angular	218	37,78
Labial e/ou Lingual	7	1,21
Total	577	100

A Tabela 2 apresenta as posições e classificações dos terceiros molares inferiores, segundo a classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933). Os resultados mostram que dos dentes classificados nas Classes I e II, que somam 5 e 326 aferições respectivamente, aproximadamente 60% deles estão na posição “A”. Por sua vez, a grande maioria (78,57%) dos dentes classificados na Classe III está posicionada na categoria “C”. Além disso, observando o total da coluna contido na Tabela 2, constata-se que 55,43% dos terceiros molares inferiores avaliados estão na posição “A” e que 90,81% (326/359) foram classificados na categoria “II”.

Tabela 2: Posições e localizações dos terceiros molares inferiores investigados, segundo a classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933).

Posição	Classificação						Total	
	Classe I		Classe II		Classe III			
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	3	60,00	193	59,20	3	10,71	199	55,43
B	1	20,00	114	34,97	3	10,71	118	32,87
C	1	20,00	19	5,83	22	78,57	42	11,70
Total	5	100	326	100	28	100	359	100

Segundo a Tabela 3, entre os terceiros molares superiores há uma prevalência desses na posição vertical. Já entre os terceiros molares inferiores há uma prevalência desses na posição mésio-angular.

Tabela 3: Posições dos terceiros molares avaliados, segundo a localização do dente e a classificação de Winter¹³ (1926).

Posições de Winter	Localização do Terceiro Molar								Total	
	Superior Direito (18)		Superior Esquerdo (28)		Inferior Direito (38)		Inferior Esquerdo (48)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disto-angular	21	20,00	27	23,89	30	16,67	20	11,17	98	16,98
Vertical	52	49,52	45	39,82	41	22,78	38	21,23	176	30,50
Horizontal	2	1,90	2	1,77	32	17,78	42	23,46	78	13,52
Mésio-angular	29	27,62	38	33,63	77	42,78	74	41,34	218	37,78
Labial e/ou Lingual	1	0,95	1	0,88	0	0,00	5	2,79	7	1,21
Total	105	100	113	100	180	100	179	100	577	100

Para os terceiros molares inferiores direitos, há uma prevalência de 27,30% (98/180) de ocorrer dentes com a classificação “Classe II-A”. Para os terceiros molares inferiores esquerdos, há uma prevalência de 26,46% (95/179) de ocorrer dentes com a classificação “Classe II-A”. Independentemente da localização do terceiro molar (direito ou esquerdo), a probabilidade de ocorrer uma classificação “Classe II-A” é de 53,76% (193/359) (Tabela 4).

Tabela 4: Posições dos terceiros molares analisados, segundo a localização do dente e o método de classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933).

Classificação	Posição	Localização do Terceiro Molar				Total	
		Inferior Direito (48)		Inferior Esquerdo (38)			
		n	%	n	%	n	%
Classe I	A	1	33,33	2	100,00	3	60,00
	B	1	33,33	0	0,00	1	20,00
	C	1	33,33	0	0,00	1	20,00
	Total	3	100	2	100	5	100
Classe II	A	98	57,65	95	60,90	193	59,20
	B	60	35,29	54	34,62	114	34,97
	C	12	7,06	7	4,49	19	5,83
	Total	170	100	156	100	326	100
Classe III	A	1	14,29	2	9,52	3	10,71
	B	0	0,00	3	14,29	3	10,71
	C	6	85,71	16	76,19	22	78,57
	Total	7	100	21	100	28	100
Total	A	100	55,56	99	55,31	199	55,43
	B	61	33,89	57	31,84	118	32,87
	C	19	10,56	23	12,85	42	11,70
Total Geral		180	100	179	100	359	100

A Figura 1 ilustra de forma resumida os resultados obtidos no estudo.

Figura 1: Prevalência das posições dos terceiros molares, segundo o sexo, a faixa etária e por tipologias de Winter¹³ (1926) e de Pell e Gregory¹⁴ (1933).

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo, o feminino teve maior prevalência em relação ao masculino, com uma representatividade de 69,08% da amostra, o que também tem demonstrado a maioria dos autores na literatura.^{5,10,15-20} No entanto, os resultados desta pesquisa divergem com o trabalho de Marinho et al.¹⁰ (2005), que encontraram como mais prevalente o sexo masculino, enquanto Topkara et al.⁷ (2013), não acharam diferença estatisticamente entre ambos. Sugere-se que o maior percentual de pacientes do sexo feminino nesta pesquisa seja devido a uma maior preocupação desse

grupo com a saúde bucal, motivando uma maior procura pelos serviços de saúde.

O crescimento da maxila e da mandíbula está completo entre 16 e 17 anos de idade.²¹ Por intermédio dos estudos das médias das idades, Aguiar et al.¹⁸ (2005) encontraram média de 19 anos, Hattab; Rawashdeh e Fahmy²¹ (1995) de 20,4 anos, Cerqueira et al.¹⁷ (2007) de 22,4 anos, Marinho et al.²⁰ (2005) de 29,23 anos. Analisando-se esses estudos, observa-se que a média de idade para a irrupção do terceiro molar variou de 19 a 29 anos. A pesquisa de Pinto et al.⁵ (2015) demonstra média de 30,58 anos de idade. Sendo assim, o estudo avaliou uma amostra de pacientes com

média de idade de 25,11 anos, o que está de acordo com a média dos estudos de prevalência já descritos.

Quanto à prevalência das faixas etárias encontradas neste estudo, observou-se a de 20-25 como a mais prevalente na maioria dos casos estudados, seguida da faixa etária dos 26-30 anos. Corroborando com estudos na literatura que demonstram essa faixa etária como mais prevalente.^{18,20}

Entre todos os dentes retidos estudados na literatura, os terceiros molares são os dentes mais frequentemente retidos.^{10,22} Enquanto Bracco²³ (1983) encontrou os caninos e Salomão e Seni²⁴ (1970) encontraram os supranumerários como os dentes mais frequentemente retidos. Observando a literatura pesquisada, pode-se ter a real noção de que os terceiros molares retidos são órgãos que precisam ser pesquisados, pois quanto mais cedo o seu diagnóstico, tanto melhor o planejamento e o prognóstico do paciente.

Quanto a agenesias também recebem destaque na literatura Marzola, Madeira e Castro¹⁰ (1968) que observaram que esses dentes apresentavam-se mais ausentes na maxila que na mandíbula. Diferentemente de Castro et al.²² (2006), que encontraram o maior predomínio de ausências dos dentes mandibulares. Hattab; Rawashdeh e Fahmy²¹ (1995) selecionaram 232 estudantes e observaram que o número de terceiros molares ausentes figurou em 114 (12,3%) dos casos. Enquanto Vasconcellos et al.¹⁹ (2002) analisaram 450 radiografias panorâmicas, onde observaram um total de 442 (32,55%) terceiros molares ausentes. Já Sandhu e Kaur²⁵ (2005) em estudos com 100 estudantes indianos encontraram agenesias dos terceiros molares, ou seja, 46 casos. Cerqueira et al.¹⁷ (2007), analisando 200 radiografias, observaram 181 dentes ausentes. Costa et al.²⁶ (2010), analisando 155 radiografias, encontraram 89 terceiros molares ausentes. O presente estudo

corroborar com as pesquisas citadas por obter 42,07% de agenesias de terceiros molares.

Estudos presentes na literatura^{7,10,25} citam que há uma maior prevalência de retenção dos terceiros molares inferiores do que superiores. Enquanto Castro et al.²² (2006); Hattab; Rawashdeh e Fahmy²¹ (1995) observaram que a incidência de dentes mais frequentemente retidos era dos terceiros molares superiores, depois os inferiores. Nesta pesquisa, encontrou-se maior prevalência de terceiros molares retidos pertencentes à mandíbula, corroborando com a maioria dos autores supracitados.

Dos 577 terceiros molares retidos, 218 situavam-se na maxila, sendo 105 terceiros molares superiores direitos (elemento 18) e 113 terceiros molares superiores esquerdos (elemento 28). Estes foram classificados em relação à angulação de acordo com a classificação de Winter¹³ (1926). Com relação ao elemento 18, encontrou-se que a posição mais prevalente foi a vertical, com 52 (49,52%) dos casos, seguida da posição méso-angular: 29 (27,62%), disto-angular: 21 (20%). Em 1 (0,95%) dente sugeriu-se a possibilidade de classificação labial e/ou lingual, já que para essa confirmação seria necessário a realização de uma radiografia oclusal e isso não era possível. Não foi encontrado elemento algum nas posições parainferior e horizontal. Com relação ao elemento 28, encontrou-se que a posição mais prevalente foi a vertical com 45 (39,82%) dos casos, seguida da posição méso-angular: 38 (33,63%), disto-angular: 27 (23,89%). Em 1 (0,88%) dente sugeriu-se a possibilidade de classificação labial e/ou lingual, já que para essa confirmação seria necessário a realização de uma radiografia oclusal e isso não era possível. Não foi encontrado elemento algum nas posições parainferior e horizontal.

No presente estudo, dos 577 terceiros molares retidos, um total de 218 eram terceiros molares superiores. Estes foram

classificados em relação à angulação de acordo com a classificação de Winter¹³ (1926), onde se observou que para ambos os lados (direito e esquerdo), a posição vertical foi a mais prevalente com 52 e 45 dos casos, respectivamente, seguida da posição mésio-angular com 29 e 38, respectivamente. Esses resultados corroboram com os estudos de Pinto *et al.*⁵ (2015); Vasconcellos *et al.*¹⁹ (2002); Cerqueira *et al.*¹⁷ (2007); Costa *et al.*²⁶ (2010). Porém, discordando dos estudos de Lopes *et al.*²⁷ (2004), que afirmam ser a posição mésio-angular a mais frequentemente encontrada. Já os estudos de Topkara *et al.*⁷ (2013); Dias-Ribeiro *et al.*¹⁵ (2008), e Sandhu e Kaur²⁵ (2005), afirmam que a posição disto-angular é a mais prevalente.

Do total de 577 terceiros molares retidos, 359 situavam-se na mandíbula, sendo 179 terceiros molares inferiores esquerdos (elemento 38) e 180 terceiros molares inferiores direitos (elemento 48). Estes foram classificados em relação à angulação de acordo com a classificação de Winter (1926). Com relação ao elemento 38, encontrou-se que a posição mais prevalente foi a mésio-angular com 77 (42,78%) dos casos, seguida da posição vertical 41 (22,78%), horizontal 32 (17,78%), disto-angular 30 (16,67%). Em nenhum deles sugeriu-se a possibilidade de classificação labial e/ou lingual. Não foi encontrado elemento algum na posição invertida. Com relação ao elemento 48, encontrou-se que a posição mais prevalente foi a mésio-angular com 74 (41,34%) dos casos, seguida da posição horizontal com 42 (23,46%), vertical com 38 (21,23%), disto-angular com 20 (11,17%). Em 5 (2,79%) dentes sugeriu-se a possibilidade de classificação labial e/ou lingual, já que para essa confirmação seria necessário a realização de uma radiografia oclusal e isso não era possível. Não foi encontrado elemento algum na posição invertida.

Entre os 577 terceiros molares retidos, a maioria, com um total de 359 eram

terceiros molares inferiores, os quais foram classificados em relação à angulação de acordo com a classificação de Winter¹³ (1926). Onde se observou que para ambos os lados (direito e esquerdo), a posição mésio-angular foi a mais prevalente com 74 e 77 dos casos, respectivamente, concordando com os estudos de Al Anqudi *et al.*⁶ (2014); Topkara *et al.*⁷ (2013); Lisboa *et al.*⁸ (2012); Dias-Ribeiro *et al.*¹⁵ (2008); Lopes *et al.*²⁷ (2004). Enquanto Hattab; Rawashdeh e Fahmy²¹ (1995); Marinho *et al.*²⁰ (2005); Sandhu e Kaur²⁵ (2005); Costa *et al.*²⁶ (2010) encontraram a posição mésio-angular como a mais prevalente. Já Aguiar *et al.*¹⁸ (2005); Cerqueira *et al.*¹⁷ (2007); Sant'Ana; Ferreira-Júnior e Pinzan¹¹ (2000) encontraram como posição mais prevalente a vertical.

Analisando as posições dos 359 terceiros molares inferiores retidos, constatou-se que 179 eram molares inferiores esquerdos (elemento 38), e 180 eram terceiros molares inferiores direitos (elemento 48), utilizando a classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933). Com relação ao estudo dos 179 molares inferiores esquerdos (elemento 38), encontrou-se como resultado: a posição A, classe II (AII), foi a mais prevalente, com 95 casos, seguida da posição B, classe II (BII) com 54 e, em terceiro, a posição C, classe III (CIII) com 16. Não foi encontrado qualquer dente nas posições BI e CI. Quanto ao estudo dos 180 terceiros molares inferiores (elemento 48), encontrou-se o seguinte resultado: a posição A, classe II (AII), foi a mais prevalente, com 98 casos, seguida da posição B, classe II (BII) com 60 e, em terceiro, a posição C, classe II (CII) com 12. Não foi encontrado dente algum na posição BIII.

Analisando-se ainda as posições dos 359 terceiros molares inferiores retidos, agora de acordo com a classificação de Pell e Gregory¹⁴ (1933), encontrou-se que a posição mais prevalente, para ambos os lados, foi a AII com 95 e 98 casos respectivamente, seguida da BII com 54 e 60, respectivamente.

Assim, esses achados apoiam os estudos de Lisboa et al.⁸ (2012), e Dias-Ribeiro et al.¹⁶ (2009). Já Aguiar et al.¹⁸ (2005) e Costa et al.²⁶ (2010) encontraram como posições mais prevalentes a AI, seguida da BII. Marinho et al.²⁰ (2005) encontraram a posição BII, seguida da AI. Hattab; Rawashdeh e Fahmy²¹ (1995) analisaram apenas o nível de irrompimento dos terceiros molares inferiores em relação à superfície oclusal do segundo molar e encontraram a posição A como a mais prevalente, seguida da posição C. Enquanto Sandhu e Kaur²⁵ (2005) encontraram a posição A como a mais prevalente, seguida da posição B, corroborando com os achados em nossos estudos.

De posse desses resultados e analisando as classificações descritas neste trabalho, o cirurgião-dentista pode de fato não só visualizar como também diagnosticar o terceiro molar, quanto à sua angulação e posição, seja em relação ao segundo molar adjacente ou ao ramo da mandíbula. Sendo assim, facilitando a comunicação entre os cirurgiões, bem como, no que diz respeito ao planejamento de uma cirurgia para a remoção desses dentes ou não. Caso seja necessária a realização do procedimento cirúrgico e o profissional estando com um diagnóstico preciso por meio das classificações de Winter¹³ (1926) e Pell e Gregory¹⁴ (1933), esse poderá desenvolver um transoperatório e um prognóstico favorável ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mandíbula foi mais acometida por retenção dos terceiros molares. Quanto à classificação de Winter, com relação à maxila, a posição mais encontrada foi a vertical e na mandíbula a méso-angular. Quanto à classificação de Pell e Gregory, verificou-se que a posição mais prevalente encontrada foi a AII.

REFERÊNCIAS

1. Hassan AH: Pattern of third molar impaction in a Saudi population. **Clin Cosmet Investig Dent** 2010; 2: 109-113.
2. Akarslan ZZ, Kocabay C.: Assessment of the associated symptoms, pathologies, positions and angulations of bilateral occurring mandibular third molars: is there any similarity? **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol** 2009; 108: e26-e32.
3. Polat HB, Ozan F., Kara I, et al.: Prevalence of commonly found pathoses associated with mandibular impacted third molars based on panoramic radiographs in a Turkish population. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol** 2008; 105: e41-e47.
4. Yilmaz S., Adisen MZ, Misirlioglu M., Yorubulut S. Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. **Med Princ Pract** 2016; 25: 169-175.
5. Pinto DG, Mockdeci HR, Almeida LE, Assis NMSP, Vilela EM. Análise da prevalência e correlações por gênero, faixa etária, raça e classificação dos terceiros molares. **HU Revista** 2015; 41 (3 e 4): 155-162.
6. Al-Anqudi SM, Al-Sudairy S., Al-Hosni A., Al-Maniri A. Prevalence and Pattern of Third Molar Impaction: a retrospective study of radiographs in Oman. **Clinical and Basic Research** 2014; 14 (3): 388-392.
7. Topkara A., Sari Z. Investigation of third molar impaction in Turkish orthodontic patients: Prevalence, depth and angular positions. **Eur J Dent.** 2013; 7 (Suppl 1): S94-S98.
8. Lisboa AH, Gomes G., Hasselman Junior EA, Pilatti GL. Prevalência de Inclinações e Profundidade de Terceiros Molares Inferiores, segundo as Classificações De Winter e De Pell & Gregory. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2012; 12 (4): 511-15.

9. Vilela EM, Vitoi PA. Study of position and eruption of lower third molars in adolescents. **RSBO** 2011; 8 (4): 390-7.
10. Marzola C., Castro AL, Madeira MC. Ocorrência de posições de retenção de terceiros molares. **Arch Cent Estud Fac Odont Univ Fed Minas Gerais** 1968; 5: 21-32.
11. Sant'Ana E., Ferreira-Júnior O., Pinzan CRM. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. **Rev Bras Cirurg Implan** 2000; 7 (27): 42-45.
12. Peterson LJ, Ellis III E., Hupp JR, Tucker MR. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**, 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
13. Winter GB. **Impacted mandibular third molars**. St. Louis: Med Book Co., 1926.
14. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal. **Dent Digest** 1933; 39: 330.
15. Dias-Ribeiro E. et al. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Rev de Odontologia da UNESP** 2008; 37 (3): 203-209.
16. Dias-Ribeiro E. et al. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory. **Revista Odontológica Mexicana** 2009; 13 (4): 229-233.
17. Cerqueira PRF et al. Análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos através da radiografia panorâmica dos maxilares em relação à classificação de Winter. **Rev Odonto Ciência** 2007; 22 (55): 16-22.
18. Aguiar ASW et al. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac** 2005; 5 (3): 57-64
19. Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Moreira MD, Fulco MHM. Incidência dos terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial** 2002; 2 (1): 43-47.
20. Marinho SA et al. Avaliação da posição dos terceiros molares inferiores retidos em radiografias panorâmicas. **Robrac** 2005; 14 (37): 65-68.
21. Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. Impaction status of third molars in Jordanian students. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1995; 79 (1): 24-29.
22. Castro EVFL et al. Agenesia e inclusão dental patológica: estudo clínico e radiográfico em pacientes. **Rev Fac Odontol Lins** 2006; 18 (1): 41-46.
23. Bracco P. Etiopathogenesis and classification of impacted teeth. **Mundo Ortod** 1983; 8 (2): 9-40.
24. Salomão JI, Seni SMT. Estudo clínico-radiográfico da incidência dos dentes inclusos em mil pacientes. **Rev Gaúcha Odont** 1970; 18: 83-9.
25. Sandhu S., Kaur T. Radiographic Evaluation of the status of third molars in the Asian-Indian students. **J Oral Maxillofac Surg** 2005; 63 (5): 640-645.
26. Costa MA et al. Incidência das Posições Anatômicas e Agenesia dos Terceiros Molares em Estudantes de São Luís, Maranhão. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ** 2010; 10 (3): 399-403.
27. Lopes PML et al. Estudo radiográfico da posição e da situação dos terceiros molares no complexo maxilo-mandibular por meio de ortopantomografias. **Rev Bras Patol Oral** 2004; 3(3): 123-131.

Dados dos autores

ANABELLE DIAS-RIBEIRO

Graduada em Odontologia, no Centro Universitário de João Pessoa. Especialização em andamento no Curso de Especialização em Implantodontia. Na mesma instituição. João Pessoa/PB – Brasil. anabelle_ribeiro@hotmail.com

JULLIANA CARIRY PALHANO FREIRE

Doutoranda em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual da Paraíba. Professora substituta da Universidade Federal de Campina Grande. João Pessoa/PB – Brasil. jullianapalhano@hotmail.com

EDUARDO CUNHA CARNEIRO BRAGA

Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Diretor Técnico Científico da Interface - Odonto Radiologistas Associados S/S LTDA. João Pessoa/PB – Brasil. eccb11@hotmail.com

EDUARDO SANT'ANA

Doutor em Odontologia Periodontia Bauru pela Universidade de São Paulo. Professor Associado da Universidade de São Paulo. Bauru/SP - Brasil. esantana@usp.br

EDUARDO DIAS-RIBEIRO

Doutor em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professor Adjunto da Universidade Federal de Campina Grande, Patos - PB, Brasil. eduardodonto@yahoo.com.br

Submetido em: 15-12-2016

Aceito em: 26-6-2017