



Extração preventiva de sisos

Instituto Metropolitano de Educação e Cultura LTDA
F.A.M.A. Faculdade Metropolitana de Anápolis
Curso: **ODONTOLOGIA**

Acadêmicos autores: Carla Danielle Ribeiro
Vinicius Siqueira Martinez

Orientador: Prof. Dr. em CTBMF Renan de Barros e Lima Bueno

RESUMO: Os sisos (terceiros molares) são os últimos dentes a irromper na cavidade oral. Devido a isso, muitas vezes não encontram espaço para a sua erupção aos quais ficam retidos e causam riscos e complicações bucais. A extração dos sisos é um procedimento realizado com frequência nos consultórios odontológicos. Consoante, essa revisão de literatura tem por objetivo mostrar que a prática profilática pode prevenir que surjam problemas como a pericoronarite, reabsorção radicular em dentes adjacentes, apinhamento dental, dentre outros. As técnicas de exodontia são variadas e escolhidas de acordo com a posição, a classificação em relação a angulação do dente e o seu grau de impactação. Em alguns casos, não é possível realizar essas exodontias e faz-se a opção pela odontosecção coronal e sepultamento radicular devido à proximidade em relação ao nervo alveolar inferior ou dos seios maxilares.

Palavras-chave: Cirurgia Oral; Prevenção odontológica; Sisos; Extração.

ABSTRACT: The wisdom teeth (third molars) are the last teeth to erupt. As a result, they often do not find their way to eruption. As a consequence of that they can be impacted and can cause risks and oral complications. Wisdom extraction is a routine procedure performed in dental offices. This literature review aims to show that prophylactic extraction of wisdom teeth can prevent problems such as pericoronitis, root resorption in adjacent teeth, and dental crowding, among others. The extraction techniques are varied, and they are chosen according to position, angulation, and degree of impaction. In some cases, it is not possible to perform wisdom teeth extraction due to their very close proximity to the inferior alveolar nerve or maxillary sinuses. One of the options can be the crown's section and their root burial.

Keywords: Oral Surgery; Dental prevention; Wisdom teeth; Extraction.

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia por se tratar de uma ciência da saúde que está em constante mudança e por tal, enfrenta muitos desafios (BANDEIRA et al., 2014). Podemos tomar por exemplo desses desafios, a correta indicação da extração de sisos (terceiros molares). Esse é um dos procedimentos mais realizados em consultório odontológico, visto que há vários benefícios que

pode trazer ao paciente. Diante disso, é levantada a questão da correta indicação da extração desses elementos, levando em consideração o fato de ser uma cirurgia, a qual possui riscos e cuidados pré e pós-operatórios.

Todavia, sabe-se que a extração preventiva é fundamentada em teorias que comprovam a real necessidade desse procedimento cirúrgico, buscando retirar elementos que não possuem função na boca, sendo: dentes que podem estar associados no futuro a uma lesão patológica ou a sintomas de dor e por razões ortodônticas ou protéticas (PORTO et al., 2013).

É notório quando o paciente busca atendimento relatando sintomatologia de dor na região dos terceiros molares, deve-se realizar um exame físico extra e intraoral e exames complementares, como a radiografia panorâmica. Geralmente nesses casos, os sintomas estão relacionados a patologia, a mais comum é a pericoronarite. A pericoronarite pode ser traumática ou infecciosa e em ambas o tratamento definitivo é a extração.

Existem outros fatores onde a extração é o melhor tratamento, dentre eles podemos ressaltar cáries que afetam tanto os sisos, quanto os segundos molares, reabsorções patológicas de dentes adjacentes, formação de cistos odontogênicos, associação com neoplasias (ameloblastomas, carcinomas com origem na parede de cistos dentígeros envolvendo esses dentes), dor idiopática e apinhamento dental (NORMANDO, 2015).

Em contrapartida, há profissionais que prezam por enfatizar que mesmo se tratando de um procedimento de rotina nos consultórios, é considerado invasivo e há chances de ter alguma intercorrência. Podemos citar a alveolite seca ou úmida, hemorragias e o trismo (caracterizado pela dificuldade em ter uma abertura de boca), além de complicações mais graves, como a comunicação bucosinusal, onde a membrana do seio maxilar é rompida, podendo causar sinusites crônicas se não tratadas. Existe também a possibilidade de lesão do nervo alveolar inferior, bucal e lingual, levando a uma parestesia ou lesão dos nervos em questão.

A presente revisão de literatura tem por objetivo evidenciar as indicações para a remoção profilática de sisos, discorrendo sobre as principais vantagens e desvantagens, bem como as possíveis complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico.

2. METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado por meio de uma revisão narrativa de literatura, com pesquisas bibliográficas acerca da prática de exodontia preventiva de sisos, abordando as suas vantagens e desvantagens.

O processo foi realizado por meio de uma busca de publicações científicas nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed/Medline, utilizando os descritores "extração dentária", "terceiro molar" e "cirurgia bucal" e seus correspondentes em inglês “*tooth extraction*”, “*third molar*” e “*oral surgery*”. Foram selecionados os artigos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, dos quais se encaixam no tema proposto para o desenvolvimento do trabalho.

3. RESULTADOS

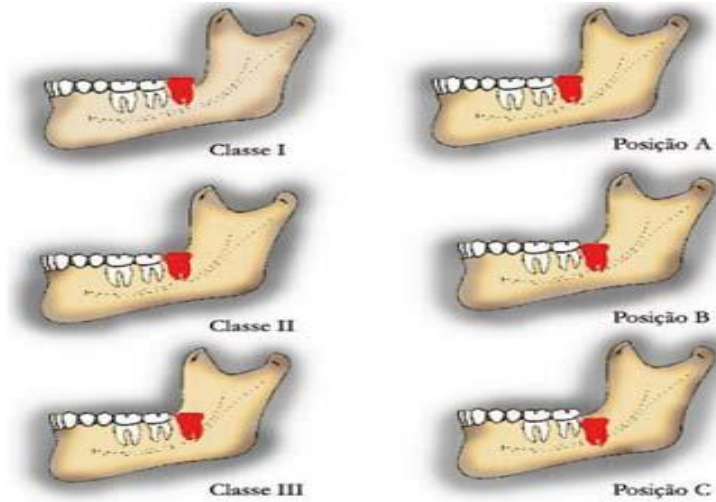
O siso é o último dente a erupcionar na cavidade bucal, por isso a frequência de impaction é alta devido à fatores como: o tamanho do dente, a presença de um dente adjacente que não esteja em oclusão, tecidos moles, cobertura óssea e falta de espaço nos arcos (ANTUNES, 2014).

3.1 CLASSIFICAÇÃO DAS INCLUSÕES

As classificações mais utilizadas de dentes impactados são a de Winter e Pell & Gregory, que visam facilitar a comunicação entre cirurgiões-dentistas e no planejamento de cirurgias. Essas classificações auxiliam em relatos de casos clínicos, grau de complexidade e prognóstico. A classificação Pell & Gregory desenvolvida em 1933 se trata de duas maneiras eficazes de classificar os terceiros molares, sendo uma relacionada à profundidade de inclusão e outra à inclusão dentro do ramo mandibular (altura) (SANTANA et al., 2021). A classificação sugerida por Pell & Gregory, em relação ao ramo mandibular se subdivide em classe I, II ou III, sendo a classe I a presença de espaço suficiente no ramo para acomodação do diâmetro méso-distal da coroa; a classe II é o espaço no ramo menor que o diâmetro méso-distal da coroa; e a classe III é terceiro molar localizado no ramo mandibular (figura 1).

Outra classificação foi proposta pelos autores, dessa vez em relação à profundidade quando comparado ao segundo molar adjacente. Classe A: o plano oclusal do terceiro molar está ao nível do plano oclusal do segundo molar. Classe B: o plano oclusal do terceiro molar está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar. Classe C: terceiro molar localizado abaixo da linha cervical do segundo molar (figura 1).

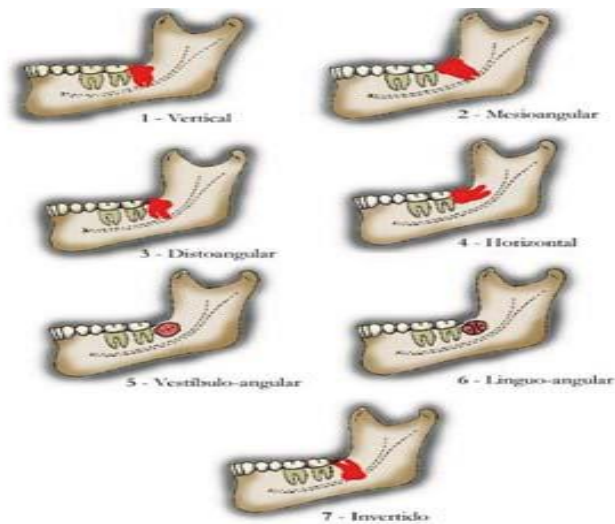
Figura 1: Classificação da posição dos terceiros molares segundo Pell e Gregory.



Fonte: (Adaptada de Peterson et al., 2005).

Segundo Winter (1996), os terceiros molares podem encontrar-se na posição vertical, méso-angular, disto-angular, horizontal, invertida e ainda em línguoversão ou vestibulo-versão (RIBEIRO et al., 2017).

Figura 2: Classificação da posição dos terceiros molares segundo Winter.



Fonte: (Adaptada de Peterson et al., 2005).

3.2 INDICAÇÕES DA EXTRAÇÃO DE SISOS E PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Esses dentes geralmente têm pouca ou nenhuma função e estão associados a uma alta incidência de doenças relacionadas. Muitas vezes, quando inclusos ou semi-inclusos, prejudicam a saúde bucal do indivíduo, associados à doença periodontal, pericoronarite, reabsorção de raízes adjacentes, cáries, aparecimento de cistos e tumores odontogênicos e dores. Sendo estes fortes indicativos para extração do elemento dentário, tornando-se um dos procedimentos mais comuns nos consultórios odontológicos (MCARDLE; RENTON, 2013; SANTOS; MANDARINO, 2022).

3.2.1 Pericoronarite

A pericoronarite é uma inflamação do tecido mole associada à coroa de um dente parcialmente irrompido, que pode ser de origem traumática ou infecciosa. É comumente vista em terceiros molares mandibulares semi irrompidos, a região afetada inclui a gengiva e o folículo dental, causando inchaço e trauma da área (VIEIRA, 2021).

Figura 3: Gengiva com pericoronarite.



Fonte: Odontologia Apeles Lemos, 2022.

3.2.2 Reabsorção da raiz adjacente

A reabsorção ocorre quando uma força/pressão é exercida pelo siso ao tentar irromper na cavidade oral, dessa forma “empurrando” a raiz do dente adjacente e causando uma reabsorção (VIEIRA, 2021).

Figura 4: Gengiva com pericoronarite.



Fonte: Arriba Dentista, 2018.

3.2.3 Cárie

A cárie dentária é uma doença complexa causada pelo desequilíbrio no balanço entre o mineral do dente e o fluido do biofilme. O micro ecossistema bacteriano do biofilme dental apresenta uma série de características fisiológicas. A produção de ácido por meio da metabolização de nutrientes pelas bactérias do biofilme e consequente baixa do pH é o fator responsável pela desmineralização do tecido dentário que pode resultar na formação da lesão de cárie. A avaliação antecipada e a observação do risco de cárie já acometendo os sisos, e/ou associadas aos segundos molares, é necessária para o tratamento (TORRES et al., 2014; VIEIRA, 2021).

Figura 5: Dente 38 com indicação de extração devido a extensa lesão de cárie e dente 37 com início de lesão de cárie na distal.

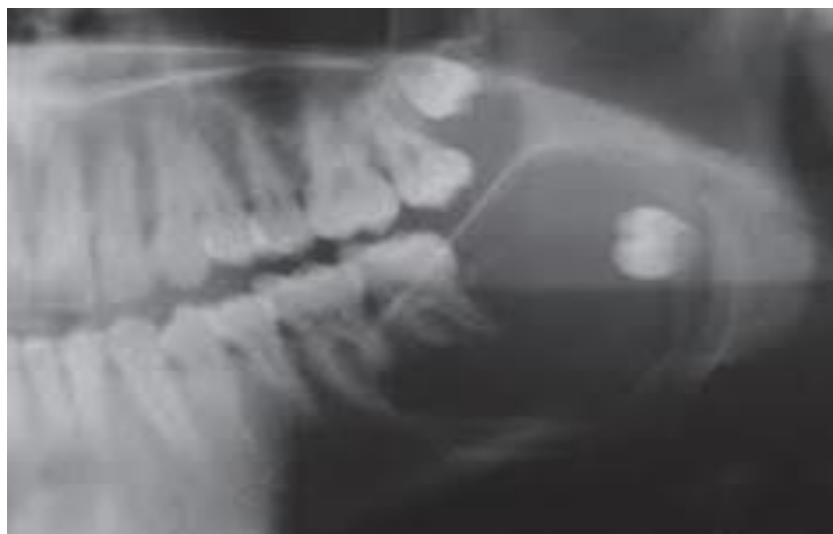


Fonte: Clínica Orradium, 2020.

2.2.4 Cistos e tumores odontogênicos

Caso o terceiro molar esteja retido interiormente ao processo alveolar também estará a ele aderido o folículo dentário. O folículo pode sofrer uma degeneração cística e modificar-se em um ceratocisto odontogênico, ou um cisto dentífero (imagem 6), caso o folículo em torno for superior a 3mm. O ameloblastoma é o tumor mais habitual nessa região (PONTES, 2013).

Figura 6: Tumor Odontogênico Primordial.

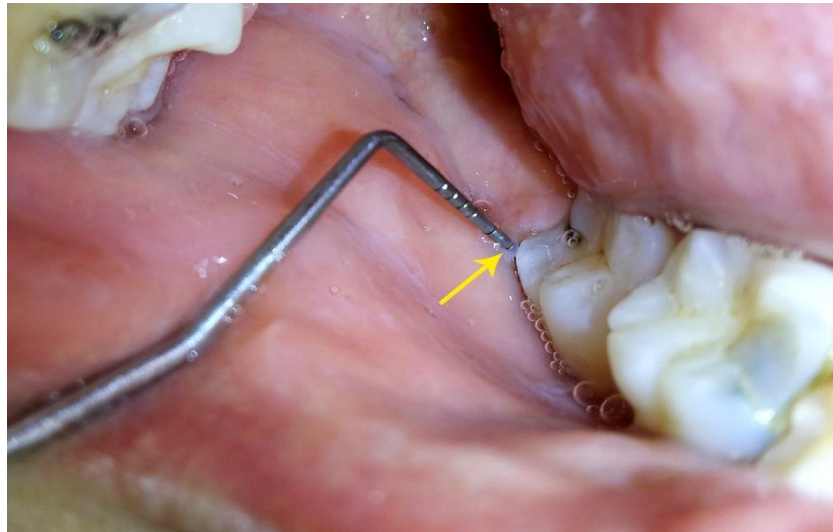


Fonte: Mosqueda-Taylor et al, 2014.

3.2.5 Doenças Periodontais

A periodontite pode ser estabelecida como uma doença inflamatória crônica, que é acometida de forma que há perda de inserção, sendo este acometimento em dois ou mais sítios, e classificada em estágio e grau (STEFFENS, 2018).

Figura 7: Sondagem periodontal na distal do segundo molar inferior direito, apresentando leve hiperplasia em direção à região lingual.



Fonte: Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Buco-Maxilo-Faciais da Universidade Federal de Pelotas, 2016.

3.2.6 Apinhamento dental

O apinhamento dentário é provocado pela falta de espaço para acomodação de todos os dentes na arcada dentária e caso apresente a necessidade de verticalização de segundos molares, recomenda-se a extração do siso (VIEIRA, 2021).

Figura 8: Apinhamento nos dentes anteriores.



Fonte: Dr. Fábio Scherer, 2015.

3.2.7 Planejamento pré-operatório

O planejamento cirúrgico deve ser realizado depois de se fazer uma anamnese completa, com a avaliação de exames complementares, como radiografias panorâmicas, tomografias computadorizadas de feixe cônico, coagulogramas e outros exames pré-operatórios, se necessário (MATOS et al., 2017).

3.3 ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

Acidentes são situações que ocorrem fora do planejamento, de forma inesperada durante o procedimento cirúrgico, na medida que complicações são problemas e intercorrências que podem vir a acontecer após a cirurgia, durante o processo de cicatrização (BAZARIN, 2018; Cordeiro & Silva, 2017).

3.3.1 Infecção

A cavidade oral é um local habitado por várias espécies de microrganismos, devido a isso é de suma importância a realização de controle no pré, trans e pós cirúrgico a fim de evitar processos infecciosos. Medidas de biossegurança preconizadas como realizar a esterilização correta dos materiais, desinfecção das superfícies, formação de cadeia asséptica e técnica

cirúrgica adequada são formas de combate as infecções que possam vir a ocorrer no pós-operatório. Caso essa infecção venha a ocorrer, o cirurgião dentista deverá entrar com uma terapêutica antibiótica, tratar e acompanhar o paciente (DONINI, 2018; SILVA et al., 2018).

3.3.2 Parestesia

Parestesia é uma lesão nervosa caracterizada pela perda da sensibilidade do nervo afetado, podendo ser transitória ou permanente. É classificada em: neuropraxia, axonotmese e neurotme. A neuropraxia é a forma menos grave de lesão nervosa, onde ocorre um bloqueio transitório da condução neuronal devido a um leve trauma, não há ruptura dos axônios. Axonotmese é uma forma grave, no qual ocorre a interrupção do axônio sem transecção do nervo, com continuidade da bainha epineural. A neurotme é o tipo mais grave das lesões nervosas, ocorrendo a perda completa da continuidade do nervo. A exodontia de sisos inferiores inclusos pode trazer riscos e acarretar a parestesia do nervo alveolar inferior, bucal e lingual. O paciente com parestesia relatará perda parcial ou total da sensibilidade do lado afetado, sensação de dormência e formigamento (BAZARIN, 2018).

3.3.3 Injúria aos dentes vizinhos

A forma de manuseio e apoio das alavancas, além do excesso de força de deslocamento promovidas pelo fórceps ao elemento dentário, podem gerar um quadro de luxação e/ou fratura ao dente vizinho (SILVA et al., 2018).

3.3.4 Edemas

Edema é um inchaço causado pelo aumento do líquido nos espaços teciduais intersticiais, em resposta à agressão sofrida nessa região. Esta complicação está diretamente relacionada com a condição e a força da resposta inflamatória de cada indivíduo. Após a extração dos sisos, normalmente é esperado a formação de um edema e, medidas para evitar sua formação devem ser tomadas como, realizar a cirurgia de forma menos traumática possível, diminuir o tempo cirúrgico, terapia fria pós-cirúrgica e uso de anti-inflamatórios (SILVA et al., 2018).

3.3.5 Trismo

O trismo é descrito como uma dor muscular que resulta de injúrias às fibras musculares oriundas de múltiplas injeções anestésicas quando penetram nos músculos mastigatórios, ou também devido ao tempo prolongado de realização da exodontia, além de hematoma e infecção pós-operatória. Clinicamente, se manifesta como dificuldade de abertura parcial ou total da boca. Pode ser tratado com fisioterapias, medicamentos relaxantes musculares e compressas quentes (BAZARIN, 2018).

3.3.6 Hemorragia

Em procedimentos cirúrgicos, é comum a presença de hemorragia. Durante o transoperatório a ação do vasoconstritor presente no anestésico local e suturas, ajudam a conter esse sangramento. É classificada em primária, quando ocorre durante ou logo depois do procedimento cirúrgico e secundária, ocorrendo depois de algumas horas ou até dias após o procedimento (BAZARIN, 2018). Uma das formas de estancar o sangramento é usar uma compressa com gaze, ajudando assim na formação de uma barreira, até a coagulação sanguínea. (FERREIRA, 2019; KATO et al., 2020; BAZARIN, 2018).

3.3.7 Fratura de mandíbula

A fratura mandibular ocorre quando as forças incidentes superam a resistência do osso, sendo resultante de uma elevação cirúrgica. Fatores como uso incorreto da alavanca, após desgaste excessivo de osso, idade, sexo, volume relativo do dente, grau de impactação, infecções ou lesões já existentes, são predisponentes para surgimento dessa fratura, a qual pode ser imediata ou tardia (BAZARIN, 2018). (FERREIRA et al., 2020).

3.3.8 Alveolite

Existem dois tipos de alveolite: seca e úmida. A alveolite seca se instala no alvéolo, devido a perda ou degeneração do coágulo e exposição dos filetes nervosos alveolares que ficam expostas à ação das toxinas bacterianas, restos alimentares e produtos em degradação, podem ocorrer necroses da cortical óssea. (OLIVEIRA; SEGURO, 2017). Clinicamente se caracteriza por um alvéolo aberto, com coágulo sanguíneo parcial ou completamente solto e as paredes

ósseas expostas. A sintomatologia é dolorosa, severa e pulsátil não cedendo à ação de analgésicos comuns.

Na alveolite seca devem ser feitos tratamentos locais como curativos feitos a base de vaselina, xylocaína e eugenol ou uso de pastas comercializadas com esse propósito como Alveolex e Alveosan. A alveolite úmida ou osteíte exsudativa, é provocada pela infecção do coágulo e alvéolo principalmente por estafilococos e estreptococos, após uma extração dental. Geralmente é causada pela ausência de assepsia e antisepsia por parte do operador e utilização de instrumental não estéril ou descuido do paciente no pós-operatório.

O tratamento dessa alveolite pretende curar a infecção e acelerar a regeneração do osso normal aliviando a dor do paciente. Deve-se realizar anestesia da região, curetagem do tecido infectado, irrigação abundante do alvéolo com soro fisiológico, preenchimento do alvéolo com novo coágulo e sutura. Necessita fazer também uso de antibióticos, sendo que os mais utilizados e que mostram melhores resultados na alveolite úmida é o metronidazol associado às penicilinas, no entanto, a prescrição de anti-inflamatório e analgésico para alívio da dor e inflamação também pode ser feita. Essa regeneração dura um período de 2 a 3 semanas (KATO et al., 2017; BAZARIN, 2018). Em ambas as alveolites a sintomatologia começa no terceiro ou quarto dia após a extração cirúrgica.

3.3.9 Comunicação buco sinusal

O seio maxilar pode estar em íntimo contato com a cavidade oral principalmente nas regiões de pré-molares e molares superiores. Os sinais clínicos de uma comunicação buco sinusal é a passagem de alimentos e líquidos da cavidade oral para o seio maxilar e como consequência, o refluxo para a cavidade nasal. Isso pode acabar acarretando uma sinusite crônica ou aguda. A técnica mais usual para diagnóstico é a manobra de Valsalva, onde o profissional após comprimir as narinas do paciente com os dedos, pede para expirar e nesse momento é observado se há passagem de ar pelos alvéolos (SILVA et al., 2018).

3.3.10 Fratura da tuberosidade maxilar

A fratura da tuberosidade maxilar é um acidente que pode ocorrer devido ao uso inadequado de elevadores ou fórceps principalmente em casos em que há dentes com raízes divergentes ou com hipercementose, o osso é bastante delgado na região da tuberosidade. Ao

final da exodontia, é necessário checar se não houve comunicação buco sinusal (SILVA et al., 2018).

3.4 TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Durante a exodontia de terceiros molares, faz-se necessário, as vezes, a aplicação de técnicas como a osteotomia e odontosecção, para possibilitar a luxação e remoção desses elementos (LIMA et al., 2017; FERREIRA et al., 2021). A osteotomia é a remoção do osso adjacente, pois muitas vezes o osso alveolar está cobrindo o elemento dentário a ser extraído. A odontosecção é a separação das estruturas de um dente, facilitando a remoção do mesmo em partes distintas.

São utilizados instrumentos rotativos com brocas cirúrgicas altamente cortantes para realização da odontosecção e osteotomia. Esta técnica gera aumento da temperatura no tecido ósseo, caso não haja irrigação abundante, pode ocasionar necrose óssea adjacente (BASHEER et al., 2017).

4. DISCUSSÃO

Analisando todas as indicações para a remoção profilática dos sisos, o cirurgião-dentista deve avaliar cada situação levando em conta os prós e contras da cirurgia. De acordo com Garrocho-Rangel et al. (2018) a extração precoce dos sisos deve ser executada devido à probabilidade do surgimento de patologias, como cárie na parte distal do segundo molar, cistos, tumores, pericoronarite, mas segundo o autor, a remoção do siso assintomático é duvidosa, uma vez que os pacientes podem estar expostos a estresse pós-operatório e despesas desnecessárias.

Segundo Gomes et al. (2019), a erupção desses elementos apresenta possíveis complicações ao longo do tempo, por isso é compreensível que a remoção precoce seja a melhor abordagem a ser tomada, pois o elemento dentário ainda tem rizogênese incompleta e, portanto, não está perto do canal mandibular, e assim os riscos de complicações cirúrgicas são reduzidos. A remoção dos sisos, quando já possuem rizogênese completa, geralmente tem um risco aumentado de parestesia final ou temporária. A melhor maneira de evitar tal situação é tomar medidas preventivas, como a remoção do elemento quando o paciente se encontra na fase da adolescência, pois o dente ainda não está em completa rizogênese e sua posição não está em contato próximo com o canal mandibular além dos ossos maxilares estarem menos calcificados. Outra forma de preveni-la é avaliar a radiografia panorâmica antes da cirurgia, construir um

plano de tratamento adequado para cada paciente, cujo objetivo é determinar a classificação do elemento segundo Winter e Pell & Gregory, para estudar a complexidade da operação.

Segundo Prado & Salim (2020), o melhor momento para remover um siso é na adolescência, o que é gera controversa já que alguns profissionais defendem a remoção desses elementos somente quando há patologia ou risco concomitante.

Os autores como Chizotti apud Pereira e Ferreira (2018) e Gomes (2019) argumentam que a remoção de um terceiro molar em um paciente com menos de 20 anos trará menor risco de fraturas ósseas porque a raiz do elemento dentário não está totalmente formada e o tecido ósseo menos calcificado tornando o procedimento cirúrgico mais fácil de realizar. De acordo com Hupp, Ellis, Tucker (2017) pacientes idosos geralmente têm o osso mais calcificado e, portanto, criam dificuldades para o procedimento.

A remoção precoce reduz a morbidade pós-operatória e promove a cura pois há relatos na literatura de alterações patológicas associadas ao elemento odontológico em indivíduos adultos jovens. Por outro lado, pacientes mais idosos podem ter maior probabilidade de alterações patológicas, maiores dificuldades durante a extração do elemento e, neste caso, podem ocorrer complicações pós-operatórias, como cita Gomes et al. (2021). Portanto, a extração profilática é considerada relevante.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Em conclusão, a extração dos terceiros molares de forma precoce pode evitar complicações como: reabsorção radicular, cáries, pericoronarite, periodontite, cistos e tumores odontogênicos, apinhamento dental. Porém, é necessário que o profissional esteja totalmente apto para fazer tal procedimento, com o conhecimento clínico necessário e acompanhado de um bom planejamento cirúrgico, juntamente com exames gerais e de imagem atuais do paciente. É imprescindível que esteja preparado para qualquer intercorrência que possa a vir acontecer durante o procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, V. C. **Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares: revisão de literatura.** Saber Científico Odontológico, Porto Velho, p. 27-44, 2012.

BANDEIRA. **A visão bioética do Código de Ética Odontológico Brasileiro.** Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 53-7, jan./jun. 2014.

BAZARIN, R. **Acidentes e complicações nas exodontias.** Revista Uningá, Maringá, v. 55, n. 1, p. 32-39, 2018.

BORAKOUSKI, E. D.; DE MELLO, J. A.; TRENTINI, R. A.; PAUK, C. E. M.; LEITE, X. C. **Terceiro molar e um dos seus problemas.** Anais do Salão de Iniciação Científica Tecnológica, 2019.

BOTELHO, T. C. A.; DANTAS, Á. C. O.; PIMENTEL, S. M. A.; CORRÊA, A. K. M. **Acidentes e complicações associados à exodontia de terceiro molar inferior impactado: revisão de literatura.** Brazilian Journal Of Development, v. 6, n. 12, p. 96918-96931, 2020.

CARLI, J. P. **Relação diagnóstica entre folículo pericoronário e cisto dentígero.** Rgo. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 207- 213, 2010.

CASTRO NETO, F. E. P. **Avaliação da Indicação de Extração dos Terceiros Molares Numa População Portuguesa.** 2010. 159f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Portugal, 2010.

NORMANDO, David. **Terceiros molares: extrair ou não extrair?** Dental Press J Orthod. V. 20. N.4, p. 17-8, July-Aug. 2015.

PORTO. **Princípios bioéticos na cirurgia de terceiro molar incluso em adolescentes e adultos jovens.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.9, n.1, p. 103 - 114, jan./mar. 2009.

FONSECA ALFB, Marques FL, Brasileiro CB, Milagres RMC. **Estudo da frequência e da variabilidade de posições dos terceiros molares nas radiografias panorâmicas no serviço de radiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.** Revista Arquivos em Odontologia. 2018;1 (54): 11

FUSS, Z.; CESIS, eu. LIN, S. **Springion da raiz - diagnóstico, classificação e escolha do tratamento com base em fatores estimulantes.** Mossa. Traumatol. Copenhaga. 19, não. Quatro, p. 175-182, 2003.

GARROCHO-RANGEL, A. **Extração profilática de terceiros molares: odontologia baseada em evidências.** Odovtos - Int. J.J. Mossa. Ciências. , [S.L.], p. 19, não. 3, p. 15.10.2018g.

GOMES, L. C. **Relação do terço inferior molares incluídos com o canal mandibular: aspectos anatômicos e de imagem.** 2010; 53f. Monografia. (Especialista em Radiologia Odontológica e Imagem) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 2010.

GUNRAJ, **tratamento raiz. Cirurgia oral.** Pathol Oral. Rádio oral. O Endode. , [S.L.], p. 88, não. 6, p. 647-653, 1999.

HEYMANN, G. C.; GRAUER, D.; SWIFT, y. JJ Jr. **Abordagens modernas para retenção ortodôntica.** Esteta. Restaurar. Mossa. , Hamilton. vol. 24, p. 2, pp. 83-87, 2012. DOI: 10.1111/j.1708-8240.2012.00509.x.

HUPP Jr.; TUCKER, R.M.; ELLIS, e. **Cirurgia maxilofacial moderna.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, 692p.

ISHII FT, Negreiros RM, Milani BA, Bauer HC, Jorge WA. **Fratura tardia de mandíbula decorrente de exodontia de terceiro molar: relato de caso. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.** 2012;4 (66) 268-71

JANSON, G.; **Introdução à Ortodontia.** São Paulo: Editora Artes Médicas, São Paulo, 2013; Seis, 160.

KATO, R. B. **Acidentes e complicações associadas à operação do terceiro molar realizado por estudantes de odontologia.** Traumatol. bucco-maxilofacial. , São Paulo. V.V. 10, não. Quatro, p. 45-54, 2010.

KRUGER, y. THOMSON, W.M.; KONTASINGHE,. **Terceiro desfecho molar de 18 a 26 anos: resultados de um estudo longitudinal na Nova Zelândia. Colocação oral.** Medicina oral. Ral Decamol. Rádio oral. O Endode. V.V. 92, não. 2, p. 150 e 155 de 2001.

LOPEZ, G.B.; FREITAS, J. B. **Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia do terceiro molares.** Cebola. Fixadores. Odontol. , [S.L.]. V.V. Nove, não. 2, p. 35-40, 2013