

Prevalência de Dentes Inclusos em Pacientes Atendidos na Disciplina de Cirurgia do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana

PREVALENCE OF ENCLOSED TEETH IN PATIENTS THE DENTAL SCHOOL OF THE UNIVERSITY OF FEIRA DE SANTANA

Jener Gonçalves de FARIAS*

Fred Anderson Pacheco dos SANTOS**

Paulo Sérgio Flores CAMPOS***

Viviane de Almeida SARMENTO****

Soraia BARRETO*****

Viviane RIOS*****

RESUMO

Denominam-se dentes inclusos aqueles que, uma vez chegada a época normal em que deveriam irromper, ficam encerrados parcial ou totalmente no interior do osso, com manutenção ou não do saco pericoronário. As classificações mais utilizadas para os dentes inclusos são a de Winter e Pell/Gregory. O objetivo desse trabalho é verificar a prevalência dos dentes inclusos, bem como realizar, um estudo detalhado daquele de maior frequência quanto ao seu posicionamento. Tomando como base os prontuários dos pacientes da disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana no período 2000/1 à 2002/1. Foram examinadas 88 radiografias panorâmicas e feita a distribuição em grupos etários por décadas, depois foi analisada a frequência dos dentes inclusos de acordo com os tipos de dentes e finalizando realizou-se uma análise, mais detalhada, do dente incluído mais frequente baseado na classificação de Winter (1926) e Pell e Gregory (1933). Os resultados encontrados foram: 3º MI - 49,3%; 3º MS - 36,9%; supranumerários - 6,7%. O 3º MI encontrou-se, de acordo com a classificação de Winter, com 36,9% na posição vertical e 32,0% na mesio-angular. De acordo com a classificação de Pell e Gregory, o 3º MI apresentou-se em classe 2 em 72,8% e na posição A em 47,6% dos casos. Mediante os resultados podemos concluir que o dente incluído de maior frequência foi o 3ºMI; e a posição mais comumente observada desta unidade foi a vertical - classe 2A.

DESCRIPTORES

Prevalência; Dente Incluído; Terceiro Molar Inferior.

ABSTRACT

Teeth that don't erupt at the correct time, remaining partially or totally retained in the bone, maintaining or not the pericoronal sac, are called enclosed teeth. The classifications more use for enclosed tooth are Winter (1926) and Pell and Gregory (1933). This work purposes identify the prevalence of enclosed teeth, as well as make a detailed research about the most frequent enclosed teeth founded in subjects from the Dental Surgery Ambulatory of the State University of Feira de Santana, Bahia, Brazil from 2000/1 to 2002/1. 88 panoramic, periapical and occlusal radiographs were assessed and distribution was done according to the age group by decennium; then, the frequency of enclosed teeth, according to the type of tooth, was assessed; and, at last, a detailed analysis of the most frequent enclosed tooth was done, following Winter's and Pell and Gregory's classifications. The results founded were: 49.3% (lower third molar); 36.9% (upper third molar); 6.7% (supernumerary). According to Winter's classification, the lower third molars were 36.9% at the vertical position, 32.0% mesial angled. According to Pell and Gregory's classification, 72.8% (Class 2) and 47.6% (position A). We could concluded that lower third molar was the most frequent enclosed tooth and its most common position was the vertical – Class 2A.

DESCRIPTORS

Prevalence; Impacted tooth; Lower third molar.

*Professor Mestre do Curso de Odontologia de Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Universidade Metropolitana (UNIME), Doutorando em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**Cirurgião-Dentista formado pela UEFS

***Professor Doutor de Radiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

****Professora Doutora do Curso de Odontologia da UEFS, UNIME e UFBA.

*****Cirurgiã-Dentista formada pela UEFS.

INTRODUÇÃO

Denominam-se dentes retidos aqueles que, uma vez chegada a época normal em que deveriam iruir, ficam encerrados parcial ou totalmente no interior do osso, com manutenção ou não da integridade do saco pericoronário (MARZOLA, 1995).

Os dentes tornam-se freqüentemente impactados em função do comprimento inadequado do arco ósseo e do pouco espaço para a irrupção; isto é, o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor do que o do arco dentário (PETERSON et al., 1996).

Os antropologistas tem afirmado que o crescimento constante que vem ocorrendo no cérebro humano aumenta o volume da caixa craniana, às expensas de seus maxilares. A linha pré-pituitária, que nas formas pré-humanas descreve uma curva acentuada, desde a frente, que é deprimida, até os maxilares, protusos, tem-se tornado uma linha quase vertical no homem moderno, à medida que vem diminuindo o número de dentes. Uma dieta mais mole e mais refinada, requerendo menos mastigação, ocasiona esta tendência, tornando-se desnecessário um aparelho mastigatório potente. Por estas e outras razões, um número maior de pessoas tem dentes inclusos (KRUGER, 1979).

A freqüência dos dentes inclusos para Graziani et al. (1995) ocorre na seguinte ordem: (1) Terceiros molares inferiores; (2) Terceiros molares superiores; (3) caninos superiores; (4) Caninos inferiores; (5) pré-molares superiores; (6) pré-molares inferiores; (7) Incisivos; (8) primeiro e segundo molar.

Dentre as complicações locais causadas por terceiros molares retidos, as mais comuns são: doenças periodontais (bolsas periodontais com diminuição do nível ósseo na região distal do segundo molar), reabsorção radiculares no segundo molar, formação de cistos e tumores odontogênicos e reabsorções internas dos terceiros molares (ELIASSON; HEIMDAHL; NORDERRAM, 1989).

A pericoronarite é a indicação mais freqüente para a remoção dos terceiros molares (SALOMÃO et al., 1997). Outras justificativas para exodontias de terceiros molares retidos são também encontradas, tais como: dores orofaciais, indicações ortodônticas, comprometimentos periodontais, cárie no terceiro molar, cistos e tumores odontogênicos, cárie no segundo molar e sintomas relacionados à articulação têmporo-mandibular (BRUCE; FREDERICKSON; SMALL, 1980).

As principais contra-indicações de exodontias em dentes retidos são, dentre outras: possibilidade de injúria às estruturas adjacentes, comprometimento do estado físico sistêmico do paciente e quando os dentes retidos

são completamente assintomáticos em pacientes idosos (MARZOLA, 1995).

A remoção de dentes impactados pode ser extremamente difícil ou relativamente sem dificuldades e fácil. O fator principal para determinar a dificuldade da remoção é a facilidade de acesso. A acessibilidade é determinada pela facilidade de exposição do dente, do preparo do trajeto de saída do dente e do preparo de um ponto de apoio (PETERSON et al., 1996).

Como forma de identificar o grau de acessibilidade foram criadas classificações para os dentes retidos. Winter (1926) classificou os dentes retidos quanto a angulação em: vertical, horizontal, mesioangular e distoangular. Pell e Gregory (1933) classificaram os dentes retidos em relação com o plano oclusal do segundo molar em: classe A, B e C e em relação ao bordo anterior do ramo mandibular, no caso de terceiro molar inferior, em classes 1, 2 e 3.

Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi de estimar a prevalência de dentes inclusos em uma amostra de pacientes atendidos na Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana/Bahia (UEFS), categorizando os terceiros molares inclusos em relação à classificação de Pell e Gregory (1933) e Winter (1926).

MATERIAL E MÉTODO

Em um estudo retrospectivo, foram revisados 88 prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgia para remoção de dentes inclusos na disciplina de Cirurgia da UEFS, no período de janeiro de 2001 a janeiro de 2002. Participaram da amostra aqueles prontuários que continham radiografia panorâmica. A coleta foi realizada por um único examinador e as radiografias eram selecionadas apenas quando a região ou regiões onde se encontravam os dentes inclusos, bem como os reparos anatômicos de importância para sua classificação, eram visualizadas de forma clara. Todas as radiografias foram avaliadas em condições adequadas de luminosidade, utilizando-se uma lupa e uma máscara de papel preto. Avaliou-se a inclusão quanto ao grupo dentário envolvido e posteriormente utilizou-se a Classificação de Pell e Gregory (1933) e Winter (1926) para os terceiros molares inferiores e superiores.

Foram calculadas as freqüências absolutas e relativas das variáveis estudadas e aplicado o teste não-paramétrico do Qui-quadrado, para uma probabilidade de erro de 5%.

a) *Classificação de Winter (1926)*: Relacionando o longo

eixo do terceiro molar com o longo eixo do segundo molar:

1. Vertical – quando estiverem paralelos
2. Mesioangular – quando o longo eixo do terceiro molar estiver em posição medial em relação ao longo eixo do segundo molar.
3. Distoangular – quando o longo eixo do terceiro molar estiver em posição distal em relação ao longo eixo do segundo molar.
4. Horizontal – quando o longo eixo do terceiro molar estiver perpendicular ao longo eixo do segundo molar.

b) *Classificação de Pell e Gregory (1933):*

- Relaciona o terceiro molar inferior com o bordo anterior do ramo da mandíbula:

1. Classe 1 – Se o diâmetro mesiodistal da coroa está completamente à frente do bordo anterior do ramo mandibular.
2. Classe 2 – Se o dente estiver posicionado posteriormente de forma que cerca de sua metade esteja coberta pelo ramo.
3. Classe 3 – Se o dente estiver localizado completamente dentro do ramo mandibular.

- Relaciona o terceiro molar com o plano oclusal

do segundo molar:

1. Classe A - Face oclusal do terceiro molar no mesmo nível ou acima do segundo molar.
2. Classe B - Face oclusal do terceiro molar entre o nível oclusal e o nível cervical
3. Classe C - Face oclusal do terceiro molar abaixo da linha cervical do segundo molar.

RESULTADOS

A idade média da amostra foi de 24,51 anos, sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a mais prevalente (73,9%), seguida das seguintes faixas etárias: 10 a 19 anos (10,2%), 0 a 9 anos e 30 a 39 anos (ambas com uma frequência de 5,7%), 40 a 49 anos (2,3%), e 50 a 59 anos e 70 a 79 anos (ambas com uma frequência de 1,1%) – Tabela 1. A distribuição por gênero demonstrou que 59,1% da amostra eram mulheres e 40,9%, homens.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária

Idade (Decênios)	Quantidade	Percentual
0-9	05	5,7
10-19	09	10,2
20-29	65	73,9
30-39	05	5,7
40-49	02	2,3
50-59	01	1,1
60-69	-	-
70-79	01	1,1
TOTAL	88	100,0

Analisando-se o grupo dentário, observa-se que a maior parte dos dentes retidos era terceiros molares inferiores (3ºMI) (49,3%), seguidos dos terceiros molares superiores (3ºMS) (36,9%), supranumerários (6,7%), caninos superiores (3,8%), incisivos (1,9%) e pré-molares inferiores (1,4%), nesta ordem – Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição quantitativa de dentes inclusos

Tipo de Dente	Quantidade	Percentual
Incisivos	04	1,9
Canino superior	08	3,8
Canino inferior	-	-
Pré-molares superiores	-	-
Pré-molares inferiores	03	1,4
1º e 2º molares	-	-
3ºs Molares Superiores	77	36,9
3ºs Molares Inferiores	103	49,3
Supranumerário	14	6,7
TOTAL	209	100,0

Segundo a classificação de Pell e Gregory (1933), conforme demonstrado na Tabela 3, a maioria (47,6%) dos 3ºMI era classe A. Quanto aos 3ºMS, igual número de dentes foi classificado como classe B e C (36,35%). Dentes de classe A representaram 27,3% da amostra. Analisando-se a distribuição por classes (A, B e C) entre os 3ºMI e 3ºMS, observou-se que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$; $X^2c = 21,64$).

Tabela 3 - Distribuição, em valores absolutos e percentuais, dos terceiros molares de acordo com a classificação de Pell e Gregory (1933).

Tipos de Dente	1		2		3		A		B		C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3ºs Molares Superiores	-	-	-	-	-	-	21	27,3	28	36,35	28	36,35
3ºs Molares Inferiores	23	22,3	75	72,8	5	4,9	49	47,6	45	43,7	9	8,7
TOTAL	23	-	75	-	5	-	70	-	73	-	37	-

Ainda em relação à classificação de Pell e Gregory (1933), a maior parte (72,8%) dos 3ºMI eram classe 2.

Quanto à classificação de Winter (1926), como pode ser visto na Tabela 4, a maior parte (36,9%) dos 3ºMI estavam em posição vertical. Em relação aos 3ºMS a ordem de ocorrência foi: posição vertical (49,3%), distalizada (39,0%) e mesializada (11,7%).

Analisando-se os 3ºMI e 3ºMS quanto à classificação de Winter, observou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as

freqüências observadas e esperadas, para uma probabilidade de erro de 5% ($\chi^2 c = 17,95$).

Tabela 4 – Distribuição, em valores absolutos e percentuais, dos terceiros molares de acordo com a classificação de Winter (1926).

Tipos de Dente	Mesioangular		Distoangular		Vertical		Horizontal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 ^{os} Molares Superiores	9	11,7	30	39,0	38	49,3	-	-
3 ^{os} Molares Inferiores	33	32,0	15	14,6	38	36,9	17	16,5
TOTAL	42	-	45	-	76	-	17	-

DISCUSSÃO

Baseado na análise da Tabela 1, a faixa etária de 20 a 29 anos foi a que apresentou predominância de dentes inclusos sobre as demais. A média de idade para a irrupção do terceiro molar é aos 20 anos, embora a irrupção em alguns pacientes possa continuar até os 25 anos. Esses achados estão de acordo com os relatos de Peterson et al. (1996) e Magalhães et al. (1986) que constataram em seus estudos a referida predominância ressaltando que essa época (20-29 anos) era o período em que os dentes inclusos (terceiros molares) costumavam apresentar sintomatologia.

A todos os tipos de dentes inclusos os terceiros molares representaram 86,2% sendo 36,9% superiores e 49,3% inferiores – Tabela 2. Esses resultados de acordo com os achados de Marzola (1995) e Salomão (1997).

Os terceiros molares superiores, quanto à classificação de Pell e Gregory (1933), apresentaram igual percentagem para as classes B e C, sendo 36,35% cada. Na classificação de Winter predominou a vertical com 49,3% ficando a distoangular em segundo lugar com 39,0%. Esta relação de predominância também foi observada por Marzola (1995) e Peterson et al. (1996).

Nos terceiros molares inferiores, na classificação de Pell e Gregory (1933), a classe 2 predominou com uma percentagem de 72,8%. Na classificação quanto ao plano oclusal as classes A e B predominaram com percentagens próximas, 47,6% e 43,7%, respectivamente. Palmieri Júnior (1994) concluiu que a maioria dos dentes inferiores situavam-se entre a borda anterior do ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar, tendo o seu plano oclusal entre o colo anatômico e a superfície oclusal do segundo molar. Palma (2001) verificou uma incidência de 97% dos terceiros molares inferiores em classe 2. Quanto à classificação de Winter, a vertical teve maior percentagem com 36,9% e a

mesioangular ficou um segundo com 32,0%.

Magalhães et al. (1986); Marzola et al. (1990); Palmieri (1994); Peterson et al. (1996) constataram que a maioria dos terceiros molares inferiores estavam na posição mesioangular o que está em desacordo com nossos achados que observaram um percentagem de 36,9% para a posição vertical.

CONCLUSÃO

Mediante os resultados pode-se concluir que o dente incluído de maior freqüência foi o 3^oMI; e a posição de inclusão mais freqüente para este dente foi a vertical e classe 2A.

REFERÊNCIAS

- BRUCE, R.A.; FREDERICKSON, G.C; SMALL, G.C. Age of patients an morbidity associated with mandibular third molar surgery. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 101, n.2, p.240-245, Aug. 1980.
- ELIASSON, S; HEIMDAHL, A; NORDERRAM, A. Pathological changes related to long term impaction of third molar. **Int. J.Oral. Maxilofac Surg.**, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 210-212, Apr. 1989.
- GRAZIANI, M. et al. **Cirurgia bucomaxilofacial**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. p. 173-192.
- KRUGER, G.O. et al. **Cirurgia bucal e maxilofacial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979. p. 57-70.
- MARZOLA, C. **Retenção Dental**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995. p.13-135.
- MAGALHÃES, C. A. A. et al. Ocorrência de terceiros molares inferiores inclusos, em pacientes de unidade de Odontologia do Hospital das Forças Armadas. HFA. **Publ. Téc. Cient.**, Brasília, v.1, n.1, p. 57-64. jan/jun. 1986.
- PALMA, M. B. **Estudo da radiolucidez pericoronária de terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos em ortopantomografia**. 77f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2001.
- PALMIERI JÚNIOR, C. F. **Estudo da posição dos terceiros molares retidos em pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas no período de**

1992, 1993. 26f. Monografia (Especialização) Escola de Aperfeiçoamento Profissional/Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, São Paulo, 1994. .

PELL, G. J.; GREGORY, G. T. Impacted third molars: classification and modified technique for removal. **Dent. Digest.**, Pittsburgh, v.39, p.330-338, 1933.

PETERSON, L.J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

1996. p. 201-232.

SALOMÃO, J.N.S. et al. Terceiro molar retido. Introdução e benefícios da sua remoção. **Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, São Paulo, v.4, n.4, p.27-45, out/dez. 1997.

WINTER, G. B. **Principles of exodontias as applied to the impacted third molars**: a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations. St. Louis: American Medical Books, 1926. 835p.