

CONDUTA CLÍNICA PARA DENTES INCLUSOS EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS: uma revisão de literatura.

Jennifer Kivya Pereira da Silva1(autora)

Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Federal de Pernambuco; Especialização em Endodontia pelo Centro de Pós-Graduação em Odontologia – Recife-PE / Faculdade Sete Lagoas (em andamento); Cirurgiã-Dentista na Unidade Básica de Saúde Santa Iracema, Buenos Aires-PE; email: jkivyapereira@gmail.com

Felipe Rodrigues de Almeida2(revisor)

Biomédico e Cirurgião-Dentista; Especialista em Acupuntura; Especialista em Tecnologia Ambiental; MBA em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde; Mestre em Clínica Integrada Odontológica; Doutorando em Clínica Integrada Odontológica – Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco; Biomédico na empresa Laboratório Hapvida, Recife-PE; email: almeidabiomed@gmail.com

Elaine Judite de Amorim Carvalho3 (orientadora)

Cirurgiã-Dentista; Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco; Doutorado em Patologia Tumoral pela Universidad de Salamanca – Espanha; Professora associada da Universidade Federal de Pernambuco. email: elaine_judite@yahoo.es

RESUMO

É considerado dente incluído todo aquele que não irrompeu na cavidade oral e está rodeado por osso e/ou mucosa, podendo apresentar-se clinicamente assintomático ou associado a patologias, neste último caso, pouca controvérsia existe quanto ao tratamento se o dente afetado for um terceiro molar. Entretanto, em casos de terceiros molares incluídos e assintomáticos, a literatura não é unânime quanto à conduta clínica a ser estabelecida. O objetivo do trabalho foi pesquisar na literatura informações sobre o tema, a fim de auxiliar o cirurgião-dentista a respeito da melhor conduta a ser praticada em casos de pacientes assintomáticos que apresentam inclusão dentária. Para isso, realizou-se uma revisão sistemática, a partir de diferentes bases de dados: Bireme, Lilacs, Medline e Scielo. Os estudos foram selecionados para inclusão se preenchessem os seguintes critérios: publicação a partir de janeiro de 2010 até setembro de 2014, escritos em inglês, português e espanhol que continham as seguintes palavras-chave: dental care; asymptomatic impacted third molar; surgical removal e impacted teeth; artigos de ensaios controlados e padronizados (randomized); revisões sistemáticas; e meta-análises escritos em inglês, português e espanhol. Como critérios de exclusão foram removidos os relatos de casos clínicos, artigos de revisão simples e resumos. Ao todo, foram incluídos nesta revisão 08 publicações. Cinco autores afirmam que há insuficiência de provas para apoiar ou refutar a remoção profilática dos dentes incluídos assintomáticos, devido ao baixo risco de transformação cística e tumoral, 02 que os dentes incluídos assintomáticos precisam ser removidos preventivamente em uma idade jovem, e 01 autor foi inconclusivo no seu estudo. Deste modo, o presente trabalho concluiu que não foram encontrados na literatura subsídios para apoiar ou refutar a extração profilática em dentes incluídos assintomáticos livres de doença.

Palavras-chave: Saúde dental. Terceiro molar impactado assintomático. Dente impactado. Remoção cirúrgica.

ABSTRACT

It is considered as enclosed tooth everyone that does not burst into the oral cavity and that is surrounded by bone and/or mucosa, which may be clinically asymptomatic or associated with pathologies; in the latter case, there is little controversy about treatment if the affected tooth is a third lower molar. However, in cases of third molars and asymptomatic condition, the literature is not unanimous about the clinical conduct to be established. The objective was to search information in the literature about this subject, in order to assist the dentist with the best procedures to be practiced in cases of asymptomatic patients with dental enclosing. For this, we carried out a systematic review in different databases: Bireme, Lilacs, Medline and Scielo. The studies were selected through the following criteria: publications from January 2010 until September 2014, written in English, Portuguese and Spanish, containing the following key words: dental care; asymptomatic impacted third molar; surgical removal and impacted teeth; articles of controlled and standardized essays (randomized); systematic reviews; and meta-analyzes written in English, Portuguese and Spanish. Eight publications were included in this review. Five authors state that there is insufficient evidence to support or refute the prophylactic removal of asymptomatic impacted teeth, due to the low risk of cystic tumor transformation, two claim that asymptomatic impacted teeth need to be removed preventively at a young age, and one author was inconclusive in their study. Thus, this research concluded that subsidies were not found in literature to support or refute the prophylactic extraction of asymptomatic enclosed teeth that are free of diseases.

Key-words: Dental Care. Asymptomatic impacted third molar. Impacted teeth. Surgical removal.

1 INTRODUÇÃO

A inclusão dentária é um problema frequente na clínica odontológica. Em grande parte dos casos, o paciente sequer é consciente de sua condição e muitas vezes o diagnóstico de inclusão é feito através de exame radiográfico de rotina. Entende-se por dente incluso todo aquele que não consegue atingir sua posição normal na arcada dentro do período esperado. As causas deste problema são variáveis, mas está relacionada principalmente à falta de espaço disponível na arcada (CANDEIRO *et al.*, 2009).

Dentre as consequências da manutenção de dentes inclusos encontramos mais frequentemente as doenças periodontais, reabsorções radiculares, formação de cistos e tumores odontogênicos, reabsorções externas do dente envolvido e lesões de cárie (KRUNGER, THOMSON, KONTHASINGHE, 2001)

Neste sentido, existe muita controvérsia na literatura a cerca da conduta clínica frente a um paciente assintomático com inclusão dentária. Alguns autores defendem a remoção profilática dos terceiros molares em qualquer circunstância (MARTINS FILHO *et al.*, 2008), enquanto outros, apostam que não há evidências científicas que sustentem esta indicação (METTES *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013).

Assim, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre o tema, a fim de auxiliar o cirurgião-dentista a respeito da melhor conduta a ser praticada em casos de pacientes assintomáticos que apresentam inclusão dentária.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura a cerca do assunto conduta clínica frente à presença de dentes inclusos assintomáticos, na qual foram selecionados artigos científicos publicados a partir de janeiro de 2010 até setembro de 2014, escritos em inglês, português e espanhol que continham as seguintes palavras-chave: Dental care; Aymptomatic impacted third molar; Surgical removal e Impacted teeth.

As seguintes bases de dados foram pesquisadas: BIREME; Lilacs (Literature in Health Sciences published in Latin America and the Caribbean since 1982); Medline via OVID (International Medical and Biomedical Literature, compiled since 1965); e ScieLo.

Os critérios de inclusão utilizados foram a seleção de artigos de ensaios controlados e padronizados (randomizados), revisões sistemáticas e meta-análises. Como critérios de exclusão foram removidos os relatos de casos clínicos, artigos de revisão simples e resumos.

Após a seleção dos artigos, as informações coletadas seguiram apresentadas em tabelas que consideram o ano de publicação de estudo, tipo de estudo, metodologia empregada, resultados obtidos e conclusões.

Na combinação dos descritores “Dental care, “Asymptomatic impacted third molar” e “Surgical removal”, foram recuperados 5 publicações científicas na MEDLINE e nenhuma no Scielo e Lilacs. Pesquisando a combinação dos descritores “Dental care” e Asymptomatic impacted third molar, foram obtidos 23 artigos na MEDLINE e nenhum no Scielo e Lilacs.

Buscando artigos científicos na combinação dos descritores “Dental care”, “Surgical removal” e “Impacted teeth”, foram encontrados 81 no MEDLINE, 1 no Scielo e 1 artigo no Lilacs. Combinando os descritores “Asymptomatic impacted third molar” e “Surgical removal”, foram localizadas 22 publicações no MEDLINE, 2 no Lilacs, e nenhuma publicação no Scielo.

Nos critérios adotados neste trabalho para a seleção das publicações, foram excluídos 89 artigos por não terem sido publicados entre janeiro de 2010 até setembro de 2014. Após a supressão das duplicatas, dos casos clínicos e artigos cuja temática não contemplava a abordagem desse estudo, permaneceram 08 artigos (Tabela 1).

Tabela 1: Resultado Parcial do número de publicação obtido com a pesquisa nas bases de dados, e Resultado final após a exclusão dos artigos que não obedeciam às regras de inclusão.

Palavras-chave	Número de publicações encontradas nas bases de dados pesquisadas			
	Scielo	Lilacs	Medline	Total = 135
Dental care + Asymptomatic impacted third molar + Surgical removal	0	0	05	05
Dental Care + Asymptomatic impacted third molar	0	0	23	23
Dental Care + Surgical removal + Impacted teeth	01	01	81.	83

Asymptomatic impacted third molar + Surgical removal	0	02	22	24
Crítérios de Exclusão	Número de Publicações Excluídas			Total = 127
Ano de Publicação anterior à 2010	89			89
Caso Clínico	06			06
Fuga parcial da Temática do Trabalho	24			24
Duplicatas	08			08
Artigos Aptos ao Estudo				08

3 RESULTADOS

Após rigorosa análise dos dados e tendo sido obedecido aos critérios de inclusão e exclusão propostos nesta revisão sistemática da literatura a cerca da melhor conduta terapêutica frente à presença de dentes inclusos assintomáticos, foram selecionados apenas 08 artigos. A compilação dos dados obtidos pelos autores selecionados nesta revisão sistemática da literatura está apresentada na tabela 2, onde foi considerado o ano da publicação, o tipo de estudo realizado, a conclusão do autor e sua posição em relação extração profilática.

Tabela 2: Conclusão de Pesquisadores a respeito da melhor conduta a ser praticada em casos de pacientes assintomáticos que apresentam inclusão dentária.

Autor(es)	Tipo de estudo	Conclusão	A favor da remoção profilática	
			Sim	Não
METTES et al., 2012.	Revisão Sistemática da Literatura	Insuficiência de provas para apoiar ou refutar a remoção profilática dos dentes inclusos assintomáticos.		X

VENTÃ, 2012.	Revisão de Literatura	Os dentes inclusos assintomáticos precisam ser removidos preventivamente em uma idade jovem.	X	
BANKS, 2012.	Meta-análise	O tratamento para inclusão dental assintomática é controversa.		X
DUARTE et al., 2011.	Revisão de Literatura	O risco de transformação cística e tumoral é baixo, dessa forma, não justifica a extração profilática de dentes inclusos assintomáticos.		X
DODSON et al., 2012.	Revisão de Literatura	Insuficiência de provas para apoiar ou refutar a remoção profilática dos dentes inclusos assintomáticos.		X
MCARDLE, RE-TON, 2012.	Estudo Transversal	Codificação e dados de coleta para terceiros molares não é uniforme, levando a deturpação das pesquisas.	-	-
MSAGATI, SIMON, OWIBINGIRE, 2013.	Estudo Transversal	Há uma necessidade de criar programas adequados para manutenção e monitoramento dos dentes inclusos assintomáticos.		X
PETROSYAN, AMEERALLY, 2014.	Estudo Transversal	Em paciente jovem deve ser realizado a exodontia do terceiro molar incluído e do seu contralateral, caso apresente-se parcialmente irrompido.	X	

4 DISCUSSÃO

A denominação “incluído” é dada ao dente que estiver totalmente encoberto por tecido ósseo e/ou mucoso, podendo ser visualizado somente através de meios auxiliares de diagnóstico (SANTOS, QUESADA, 2009). A frequência dos dentes inclusos 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 molares (GRAZIANI, 1995). Aproximadamente, 65% da

população mundial apresentam pelo menos um terceiro molar incluso aos 20 anos de idade (CASTRO NETO, 2009).

As inclusões dos caninos superiores manifestam-se em 2% da população (ALMEIDA *et al.*, 2001). Por ser um dente que desempenha importante papel no estabelecimento e manutenção da forma e função da dentição, sua presença no arco dentário é fundamental para o estabelecimento de uma oclusão dinâmica balanceada, além da estética e harmonia facial. Assim, dada a sua importância no arco dentário, diante de uma inclusão do canino superior permanente, esforços deverão ser empregados para manter o dente evitando sua extração (CAPPELLETTE *et al.*, 2008).

Ainda a respeito dos caninos, o clínico pode considerar várias possibilidades de tratamento que incluem: 1) Remoção dos caninos decíduos; 2) Remoção dos pré-molares em casos de apinhamento, oferecendo espaço na arcada; 3) Acompanhamento, onde se deve apenas realizar controles periódicos para verificar a ocorrência de condições patológicas; 4) Auto-transplante; 5) exposição cirúrgica do dente e posterior tracionamento ortodôntico (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Há na literatura relatos que mostra a relação das patologias com as inclusões dentárias, como a associação de um terceiro molar incluso com um cisto odontogênico ortoceratinizado (BYATNAL *et al.*, 2013); a relação de um terceiro molar incluso com um cisto dentífero (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013); terceiro molar incluso com o tumor odontogênico queratocístico (CARVALHO *et al.*, 2012); e até um caso atípico em uma paciente do sexo feminino, com 13 anos de idade, onde o canino superior incluso apresentava-se associado ao tumor odontogênico adenomatóide e cisto dentífero, simultaneamente (NONAKA, SOUZA, QUINDERÉ, 2007).

Um estudo realizado com 31 terceiros molares inclusos extraídos, sem evidência radiográfica e clínica de lesão cística ou tumoral associada, mostrou que em 26% dos casos havia alterações patológicas, sugerindo que a ausência de alterações patológicas observadas radiograficamente não reflete, necessariamente, ausência de alterações histológicas, em que concluiu que é recomendável a remoção de terceiros molares inclusos, em pacientes jovens, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de cistos e tumores associados a esses dentes (MARTINS FILHO *et al.*, 2008).

Um breve histórico da literatura mostra opiniões e achados divergentes quanto à conduta clínica a ser estabelecida frente a um paciente portador de terceiro molar incluso. Por exemplo, para Laskin (1971), mesmo que os terceiros molares inclusos possam permanecer assintomáticos

por longo período, sua experiência clínica mostra que muitos deles em determinado momento podem iniciar a erupcionar com dificuldades. Desse modo, o autor recomenda a exodontia profilática dos terceiros molares inclusos nos pacientes com idades entre 16 e 17 anos, uma vez que nesta idade geralmente não há nenhum envolvimento com patologias e o procedimento é muito menos complicado do que em uma pessoa mais idosa.

Song *et al.* (1977) realizaram uma pesquisa com doze relevantes revisões, concluindo que não há evidência que suporte a remoção profilática dos terceiros molares impactados em relação à pericoronarite, apinhamento dental, cistos e tumores, reabsorção de segundo molares, cáries e problemas periodontais.

Exodontia profilática dos terceiros molares inclusos deve ser realizada, segundo Stanley (1988), porque realizou em seu estudo o exame da radiografia panorâmica de 3.702 dentes inclusos. Foram encontrados 30 terceiros molares associados ao cisto dentígero (0,81% dos casos), reabsorção interna em 16 casos (0,43%), espessamento do ligamento periodontal e perda de osso alveolar na distal do segundo molar em 166 casos (4,48%), e reabsorção do segundo molar em 113 casos (3,05%).

Harradine *et al.* (1998) realizaram um ensaio clínico com o objetivo de avaliar os efeitos da extração precoce e o apinhamento dentário tardio em 164 pacientes, apesar da perda da amostra ser de 53%, o autor concluiu que não se justifica a remoção dos terceiros molares inferiores pelo apinhamento dental anterior.

Há pouca evidência da influência de terceiros molares inclusos no apinhamento dental anterior. Portanto, a remoção destes dentes deve ser realizada num plano de tratamento futuro sob o aspecto da ortodontia, cirurgia ou periodontia (BISHARA, 1999).

Ventã (2000) avaliou a necessidade da exodontia dos terceiros molares a partir dos 20 anos até os 32 anos de idade. A amostra consistida de 81 estudantes da universidade de Helsinki, na Finlândia, que foram acompanhados durante 12 anos com exames clínicos e radiográficos. Os cirurgiões estimaram a necessidade de exodontia dos terceiros molares em 75% dos casos. Durante o decorrer do estudo a porcentagem caiu para 59%. Os autores concluíram que com o decréscimo da necessidade de exodontia, a extração profilática dos terceiros molares assintomáticos em adulto jovem não pode ser recomendada.

Blakey (2002) em seu estudo realizou sondagens periodontais em terceiros molares assintomáticos e concluíram que 25% dos pacientes estudados (82 de 329) tiveram sondagem periodontal superior a 5 mm de profundidade na distal do segundo molar ou em volta do terceiro molar. Este valor significa que na presença de dentes inclusos existe a doença periodontal em um percentual significativo de pacientes, e que é necessário tratá-la para que a doença não progrida. Porém, o tratamento pode se tornar difícil devido frente a um caso de inclusão dentária. Dessa forma, a remoção desses dentes, segundo o autor, seria o tratamento mais adequado.

Perrott (2004) e Talwar (2004) afirmam que pacientes submetido a exodontia dos terceiros molares, com 25 anos ou pouco mais velhos possui pouca morbidade, com baixa prevalência de complicações pós-operatórias e mínimo impacto na qualidade de vida do paciente, concluindo que a indicação deste tipo de cirurgia em pacientes com esta idade traria mais benefícios que malefícios ao paciente.

Banks (2012) através da elaboração de uma meta-análise relatou um estudo de coorte realizado com uma amostra de 584 terceiro molar inclusos, onde obteve o resultado de 462 dentes assintomáticos livres de doença. Este mesmo autor afirmou que a decisão tomada em relação à gestão de dente incluso é bastante linear quando há presença de sintomas ou doença. Porém, o manejo no caso de inclusão dental assintomática ainda é um desafio para a comunidade científica.

Por meio da busca de informações na literatura, Duarte et al. (2011) observaram um levantamento de 713 fraturas mandibulares relacionadas com a presença dos terceiros molares inferiores, concluindo que a presença desses dentes aumenta em 2,25 vezes o risco de fratura do ângulo da mandíbula. Porém, a exodontia dos terceiros molares pode estar relacionada com taxas de complicações que giram em torno de 4,6 a 30,9%, sendo mais comum a lesão do nervo alveolar inferior e/ou lingual, o trismo, a dor, o edema, além do possível risco de fraturas na região de ângulo de mandíbula. Embora raras complicações mais sérias possam ocorrer em virtude da remoção cirúrgica de tais dentes, como, por exemplo, infecções dos espaços secundários e até mesmo fraturas mandibulares. O autor apresentou um estudo realizado com 7582 pacientes, totalizando 9994 terceiros molares inferiores retidos, onde foram encontrados 231 cistos (2,31%) e 79 tumores, sendo 0,77% benignos e 0,02% malignos, sendo a maioria localizada na mandíbula, afirmando que o risco de transformação cística e tumoral é baixo, não justificando assim a extração profilática de dentes inclusos assintomáticos livre de doenças, exceto quando observado imagem radiográfica sugestiva de lesão.

Ventã (2012) por meio de uma revisão de literatura referente ao manejo adequado dos terceiros molares inclusos relatou critérios para a indicação da exodontia: 1) Inclusão dental sintomática; 2) Sinais clínicos ou radiográficos de doença; 3) Saúde geral do paciente; 4) Extração profilática. A extração profilática é indicada quando o caso poderá apresentar problemas futuros, tais como: raiz incompleta próximo ao nervo mandibular dentes horizontais não totalmente recobertos por osso; dentes parcialmente impactado na posição vertical ou posição disto - angular. O autor concluiu que a extração profilática deve ser realizada em adultos jovem para evitar a relação da raiz com o nervo, formação de bolsa periodontais pós-operatório e pericoronarites.

Pesquisadores realizaram revisões sistemáticas da literatura avaliando os efeitos da remoção profilática dos terceiros molares inclusos assintomáticos em adolescentes e adultos, em comparação com o tratamento conservador (retenção), concluindo que existe insuficiência de provas para apoiar ou refutar a remoção profilática dos dentes inclusos assintomáticos (DODSON et al., 2012; METTES et al., 2012).

Estudos de prevalência sugerem a necessidade da criação de programas adequados para manutenção e monitoramento dos dentes inclusos assintomáticos (Mc ARDLE, RENTON, 2012), uma vez que a falta de codificação e dados de coleta para esta condição não é uniforme, levando a deturpação das pesquisas (MSAGATI, SIMON, OWIBINGIRE, 2013).

Em pesquisa transversal realizada por Petrosyan e Ameerally (2014), foi descrito um critério para remoção profilática dos terceiros molares. Segundo os autores, em pacientes jovens deve ser realizado a exodontia do terceiro molar incluso e do seu contralateral de maneira profilática, caso este último apresente-se parcialmente irrompido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foram encontrados na literatura subsídios para apoiar ou refutar a extração profilática em dentes inclusos assintomáticos livres de doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, RR; FUZIY, A; ALMEIDA, MR; ALMEIDA-PEDRIN, RR; HENRIQUES, JFC; INSABRAIDE, CMB. **Abordagem da impactação e/ou irrupção ectópica dos caninos permanentes: considerações gerais, diagnóstico e terapêutica.** R.Dental Press. Ortodon. Ortop. Facial, Maringá-PR, 6(1):93-116, jan. 2001.

BANKS, KA. **Summary of the third molar clinical trials: report of the AAOMS task force for third molar summary.** J.Oral Maxillofac.Surg., 70:2238-2248, 2012.

BISHARA, SE. **Third molars: A dilemma! Or is it?** American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 115:628-633, 1999.

BLAKEY, GH; MARCIANI, RD; HAUG, RH; PHILIPS, C; OFFENBACHER, S; PABLA, T; WHITE, RP. **Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars.** J.Oral Maxillofac.Surg., 60:1227-1233, 2002.

BYATNAL, A; NATARAJAN, J; NARAYANASWAMY, V; RADHAKRISHNAN, R. **Orthokeratinized odontogenic cyst – critical appraisal of a distinct entity.** Braz.J.Oral Sci., 12(1), jan. 2013.

CALIENTO, R; MANNARINO, FS; HOCHULI-VIEIRA, E. **Cisto dentígero: modalidades de tratamentos.** Rev.Odontol. UNESP, 42(6):458-462, nov. 2013.

CANDEIRO, GTM; FERNANDES, LA; OLIVEIRA, FRR; AMORIM, HHT; PRAXEDES, ACS; BRINGEL, AFS; VALE, IS. **Levantamento epidemiológico da posição dos terceiros molares na clínica de radiologia da Universidade Federal do Ceará.** Rev.Fac.Odontol. Porto Alegre, 50(3):14-17, 2009.

CAPPELLETTE, M; CAPPELLETTE JUNIOR, M; FERNANDES, LCM; OLIVEIRA, AP; YAMAMOTO, LH; SHIDO, FT; OLIVEIRA, WC. **Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica – uma sugestão técnica de tratamento.** R.Dental Press. Ortodon.Ortop. Facial, Maringá-PR, 13(1):60-73, jan. 2008.

CARVALHO, RWF; AVELAR, RL; ARAÚJO, FAC; ANDRADE, ESS; LAUREANO FILHO, JR; VASCONCELOS, BCE. **Cisto dentígero: um estudo epidemiológico de 192 casos.** Pesq.Bras.Odontoped.Clin.Integr., João Pessoa-PB, 11(3):335-39, 2012.

CASTRO NETO, FMP. **Avaliação da indicação de extração dos terceiros molares numa população portuguesa.** Dissertação, Universidade do Porto, Portugal, 2009, 159f.

COSTA, MG; PAZZINI, CA; PANTUZO, MCG; JORGE, MLR; MARQUES, LS. **Is there justification for prophylactic extraction of third molars?** A systematic review. Bras.Oral Res., São Paulo-SP, 27(2):183-188, mar. 2013.

DODSON, TB; CHEIFETZ, ID; NELSON, WJ; RAFETTO, LK. **Summary of the proceeding of the third molar multidisciplinary conference.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 70(9), S66-S69, 2012.

DUARTE, BG; DIAS-RIBEIRO, E; ROCHA, JF; SAMPIERI, MBS; SANT'ANA, E; GONÇALES, ES. **Alterações patológicas e fraturas do ângulo mandibular justificam a extração profilática de terceiros molares inferiores?** Rev.Odontol.UNESP, Araraquara-SP, 40(2):96-102, mar./abr. 2011.

GRAZIANI, M. **Cirurgia buco-maxilo-facial.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 174 p.

HARRADINE, NWT; PEARSON, MH; TOTH, B. **The effect of extraction of third molars on late lower incisor crowding: a randomized controlled trial.** British Journal of Orthodontics, 25: 117-122, 1998.

KRUNGER, E; THOMSON, WM; KONTHASINGHE, P. **Third molar outcomes from age 18 to 26: Findings from a population-based New Zealand longitudinal study.** Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology, 92(2), 2001.

LASKIN, DM. **Evaluation of the third molar problem.** JADA, 82: 824-8, 1971.

MARTINS FILHO, PRS; PIVA, MR; SANTOS, TS; SILVA, LCF; SOUZA, LB. **Avaliação da prevalência de patologias em terceiros molares inclusos.** Rev.Cir.Traumatol.Buco-Maxilo-fac., Camaragibe-PE, 8(3):41-48, jun. 2008.

Mc ARDLE, LW; RENTON, T. **The effects of NICE guidelines on the management of third molar teeth.** British dental journal, 213(5), E8-E8, 2012.

METTES, TG; GHAEMINIA, H; NIENHUIJS, MEL; PERRY, J; VAN DER SANDER, WJM; PLASSCHAERT, A. **Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth (Review).** The Cochrane Collaboration, 2012.

MSAGATI, F; SIMON, EM; OWIBINGIRE, S. **Pattern of occurrence and treatment of impacted teeth at the Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania.** BMC oral health, 13(1):37, 2013.

NONAKA, CFW; SOUZA, LB; QUINDERÉ, LB. **Tumor odontogênico adenomatóide associado a cisto dentígero: relato de um caso incomum.** Rev.Bras.Otorrinolaringol., 73(1):135-7, 2007.

PERROTT, DH. **AAOMS Outcomes Study on third molars.** J.Oral Maxillofac.Surg., Symposia:16-17, 2004.

PETROSYAN, V; AMEERALLY, P. **Changes in demographics of patients undergoing third molar surgery in a hospital setting between 1994 and 2012 and the influence of the national institute for health and care excellence guidelines.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 72(2):254-258, 2014.

SANTOS, DR; QUESADA, GAT. **Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory.** Rev.Cir.Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe-PE, 9(1):83-92, jan. 2009.

SONG, F; LANDES, DP; GLENNY, AM; SHELDON, TA. **Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews.** Bristish Dental Journal, 182: 339-346, 1977.

STANLEY, HR; ALATTAR, M; COLLETT, WK; STRINGFELLOW, H; SPIEGEL, EH. **Pathological sequelae of “neglected” impacted third molars.** Journal of Oral Pathology & Medicine, 17(3):113-117, 1988.

TALWAR, RM. **The AAOMS Age-Related Third Molar Study.** J.Oral Maxillofac.Surg., OralAbstract Session: 34-35, 2004.

VENTÄ, I. **How often do asymptomatic, disease-free third molars need to be removed?** J. OralMaxillofac.Surg., 2012.

VENTÄ, I; YLIPAAVALNIEMI, P; TURTOLA, L. **Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal.** Journal of oral and maxillofacial surgery, 58(3):288-291, 2000.