



**FACULDADE DE SINOP
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JÉSSICA PERINOTO SOTTI

**INDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES
IMPACTADOS**

**Sinop/MT
2018**

JÉSSICA PERINOTO SOTTI

**INDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES
IMPACTADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profº Márcio Soldatelli Studzinski.

**Sinop/MT
2018**

JÉSSICA PERINOTO SOTTI

**INDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES
IMPACTADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia da FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 04/12/2018

Márcio Soldatelli Studzinski

Professor Orientador

Departamento de Odontologia - FASIPE

Marcos Massahiro Suzuki

Professor (a) Avaliador (a)

Departamento de Odontologia - FASIPE

Eduardo Julio Martins

Professor (a) Avaliador (a)

Departamento de Odontologia - FASIPE

Giulienne Nunes de Souza Passoni

Coordenadora do Curso de Odontologia

FASIPE - Faculdade de Sinop

RESUMO

A exérese de terceiros molares impactados é uma das mais complexas e rotineiras cirurgias realizadas no consultório odontológico, sendo grande a dicotomia presente na literatura acerca das indicações para este procedimento. Apresenta-se como um procedimento com grandes riscos ao paciente, devido à possibilidade de alterações patológicas ou traumáticas quando há a permanência do elemento e ainda pelo risco iminente às estruturas adjacentes durante a realização da cirurgia. Após a indicação de remoção do dente impactado, deve-se realizar uma criteriosa avaliação pré-operatória, com o intuito de diminuir os riscos de complicações no trans e pós-operatório. O objetivo deste trabalho foi o de realizar uma revisão de literatura baseada em pesquisas bibliográficas de artigos científicos, revistas científicas e livros relacionados ao tema, abordando as principais indicações e contra-indicações para a extração de terceiros molares impactados. Ratifica-se que a correta indicação aliada ao planejamento e conhecimento profundo da técnica, são fatores fundamentais para o sucesso do tratamento de um terceiro molar impactado.

Palavras-chave: Extração dentária. Dente impactado. Dente serotino.

ABSTRACT

Considering that the exeresis of third impacted molars is one of the most complex and routine surgeries performed in the dental office, and the great dichotomy present in the literature about the indications for this procedure. Since it presents as a procedure with great risks to the patient, due to the possibility of pathological or traumatic alterations when the element remains and the adjacent structures imminent risk during the surgery. After the indication of removal of the impacted tooth has been performed, a careful preoperative evaluation should be performed, in order to reduce the risks of complications in the trans and postoperative period. The objective of this work was to perform a literature review based on bibliographic research of scientific articles, scientific journals and books related to the topic, addressing the main indications and contraindications for the extraction of impacted third molars. Being a correct indication allied to the planning and deep knowledge of the technique, are fundamental factors for the success of an impacted third molar treatment.

INTRODUÇÃO

A remoção de dentes impactados é um procedimento de rotina na prática odontológica e está associada a diversos riscos.¹

Um dente impactado é aquele que, diante do tempo previsto para sua erupção, apresenta uma falha e não se manifesta na arcada dentária. Já os dentes inclusos englobam tanto os dentes impactados quanto aqueles que estão no processo de erupção.^{2,3}

A etiologia da impaction aponta a falta de espaço, obstrução por outro dente ou via anormal de erupção. O dente pode estar recoberto por tecidos moles ou duros e pode se apresentar parcialmente erupcionado ou não erupcionado.⁴

A indicação para remoção de dentes inclusos se faz frequente no cotidiano clínico. Vários aspectos devem ser levados em consideração para se obter o diagnóstico correto do dente em questão e, dentre eles, destacam-se, a idade do paciente, as estruturas adjacentes e o espaço livre.³

Os riscos da remoção de terceiros molares são infecções cirúrgicas e outras complicações inflamatórias, sangramento, danos aos dentes ou restaurações adjacentes, defeitos periodontais novos ou insistentes nos dentes circundantes, fraturas de tuberosidade ou mandíbulas, raízes retidas, lesão dos nervos lingual ou mandibular, comunicação oro-sinusal sintomática persistente e necessidade de novo tratamento para lidar com as intercorrências.⁵

Antes do procedimento cirúrgico, deve-se realizar uma avaliação pré-cirúrgica, proceder à completa anamnese para conhecer o histórico do paciente, avaliação clínica e radiológica.⁴

O objetivo deste trabalho foi o de realizar uma revisão de literatura baseada em pesquisas bibliográficas de artigos científicos, revistas científicas e livros, relacionados ao tema, abordando as principais indicações e contraindicações para a extração de terceiros molares impactados.

REVISÃO DE LITERATURA

Dentes impactados

Um dente impactado é aquele que, mediante o tempo previsto para sua erupção, apresenta uma falha e não se manifesta na arcada dentária. Essa impactação se deve a dentes próximos, revestimento por osso denso, demasia de mucosa ou uma anomalia hereditária que impede a erupção. Um dente impactado é mantido por toda a vida do paciente em sua cavidade bucal a menos que seja submetido a uma cirurgia de extração ou que ocorra uma reabsorção do tecido ósseo que recobre o elemento, assim, expondo-o na arcada dentária.²

Todos os dentes que durante seu processo de erupção deparam-se com uma barreira física que impeça sua erupção fisiológica são considerados dentes impactados. Já os dentes inclusos englobam tanto os dentes impactados quanto aqueles que estão no processo de erupção.³ Um dente só pode ser considerado erupcionado quando alcança o plano oclusal e não possui opérculo.⁵

A erupção dos terceiros molares ocorre em torno dos 20 anos de idade, podendo ocorrer até os 25 anos.² Os terceiros molares inferiores e superiores são os elementos que se apresentam mais frequentemente impactados, o que se deve ao fato de serem os últimos a erupcionarem e as arcadas dentárias, então, não possuírem mais o espaço necessário.⁶

Segundo Miloro et al.⁷, o cirurgião deve se atentar em casos onde há múltiplos dentes impactados ou impactação incomum, para avaliar se há uma causa sistêmica determinante.

Causas de retenção dos dentes

A impactação dos dentes ocorre principalmente pelo inapropriado comprimento da arcada dentária e falta de espaço para que ocorra a erupção, isto é, o comprimento total da arcada dentária é maior que o comprimento total do arco ósseo. Terceiros molares maxilares e mandibulares, caninos maxilares e pré-molares mandibulares, são os dentes que mais frequentemente se apresentam impactados.² O dente pode estar recoberto por tecidos moles ou duros e pode se apresentar parcialmente erupcionado ou não erupcionado.⁴

A explicação para essa falta de espaço é relatada pela redução gradual evolutiva do tamanho dos maxilares e a alteração da dieta, substituindo a alimentação rudimentar por alimentos mais tenros. Devido ao aumento da caixa craniana, a evolução da inteligência humana, a diminuição do tamanho e volume dos músculos da mastigação, bem como a redução

dos ossos maxilares, que levam à diminuição da projeção facial e a diminuição do tamanho dos dentes.⁸

No processo fisiológico de desenvolvimento, o terceiro molar inferior inicia com uma angulação horizontal, com o desenvolvimento do dente e da mandíbula, essa angulação se altera para mesioangular e para vertical. Assim, a falha na rotação mesioangular para vertical é a razão mais frequente de impaction dos terceiros molares. Outro fator de grande relevância é a dimensão mesiodistal do dente em relação ao comprimento da mandíbula, assim como o inadequado espaço existente na região anterior do processo alveolar versus a margem anterior do ramo para permitir a erupção do elemento dentário em sua posição.²

Indicações para a extração de dentes inclusos

A indicação para remoção de dentes inclusos se faz frequente no cotidiano clínico. Vários aspectos devem ser levados em consideração para se obter o diagnóstico correto do dente em questão, dentre eles destacam-se, a idade do paciente, as estruturas adjacentes e o espaço livre.³

Indicar a remoção de dentes assintomáticos não é uma tarefa fácil para o cirurgião. O mesmo deve se basear em sua experiência clínica, na literatura e em seu julgamento profissional.⁷

A impaction é somente uma descrição da posição do dente e não uma indicação para extração do elemento.⁴ Já para Medeiros, a exérese de dentes inclusos tem a finalidade de prevenção da saúde oral, evitando a instalação de patologias.

A remoção dos terceiros molares impactados é mais indicada quando as raízes estão com 1/3 formado e antes de 2/3 estarem formados, aproximadamente entre os 17 e 20 anos de idade.²

Houve muita discussão e controvérsia nos últimos 20 anos a respeito do tratamento de exérese profilática de dentes impactados, atualmente há provas de que não se deve extrair o elemento impactado, quando o mesmo for assintomático.⁴

De acordo com Hupp; III; Tucker, a extração precoce de terceiros molares impactados, pois jovens se recuperam mais rapidamente ao pós-operatório, possuem melhor cicatrização e melhor saúde periodontal, além de o procedimento ser mais fácil em razão da densidade óssea e formação radicular incompleta. Também devido à probabilidade de um dente retido no processo alveolar causar um ou mais problemas.

Periodontite

A quantidade de osso na face distal de um segundo molar é diminuída devido à presença de um dente incluído e favorece a instalação de bolsas periodontais, comprometendo os tecidos de sustentação dos dentes, isso porque existe a comunicação entre o meio bucal e o dente relacionado associado à higienização insatisfatória.⁸

Pericoronarite

O processo de erupção do terceiro molar, em geral o inferior, possui um potencial para instalação de média à moderada reação inflamatória, podendo progredir para um processo infeccioso, denominado de pericoronarite, que pode variar de leve ou branda à grave.^{7,8}

Cáries

As cáries podem acontecer no terceiro molar inferior ou no segundo molar, geralmente na região cervical. Isso devido à higiene insatisfatória e à dificuldade de acesso para o cirurgião dentista realizar a restauração. Assim como na pericoronarite, a presença de cáries e necrose pulpar são motivadores para o aumento de exéreses com o avanço da idade.⁷

Um estudo de corte retrospectivo realizado na School of Dentistry of the University of Barcelona, compreendendo 327 terceiros molares inferiores, concluiu que os terceiros molares inferiores horizontais com pontos de contato na junção cimento-esmalte ou abaixo dela, são mais propensos a produzir cárie na distal dos segundos molares inferiores. Devido à alta prevalência desta patologia (20,6% a 30,2%), a remoção profilática de terceiros molares inferiores com as características mencionadas pode ser aconselhável.⁹

Obstáculos no tratamento ortodôntico

Quando o ortodontista tenta distalizar um molar, mas a presença de um terceiro molar impactado inibe ou até mesmo impede a movimentação deste molar, tem-se dificuldade para o procedimento. Além disso, se a movimentação dos segmentos bucais for realizada posteriormente, a extração do terceiro molar impactado pode facilitar o tratamento e permitir prever os resultados.⁷

Interferência na cirurgia ortognática

A remoção de um dente impactado antes de se realizar uma osteotomia mandibular ou maxilar, facilita o procedimento ortognático. Se a extração dos terceiros molares ocorre antecipadamente, necessita-se de tempo suficiente para que haja a reparação tecidual óssea. Em contrapartida, se resultar em uma fratura maxilar com deslocamento, o terceiro molar superior profundamente impactado é acessado por cima, através do seio maxilar e pode ser extraído com segurança, sem afetar o pedículo vascular do tecido mole da maxila. ⁷

Prevenção de cistos e tumores odontogênicos

Quando o dente se encontra totalmente envolto por osso alveolar, o folículo dentário pode sofrer degeneração cística e tornar-se um cisto odontogênico. Esse mesmo epitélio do folículo dentário pode gerar tumores odontogênicos, sendo os mais comuns o cisto dentífero ou folicular e o ceratocisto odontogênico. Os tumores que podem ser encontrados em relação a dentes inclusos são: o ameloblastoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, fibroma ameloblástico e o tumor odontogênico adenomatóide. ⁸

Por haver essas possibilidades de desenvolvimento de patologias, a remoção profilática de dentes assintomáticos tem sido frequentemente citada, mesmo que rara, quando ocorre, pode representar uma grave ameaça à saúde. A ocorrência de alterações neoplásicas na região de molares impactados tem sido relatada em aproximadamente 3%. Sua ocorrência está frequentemente relacionada a pacientes com menos de 40 anos, o que significa que o risco pode diminuir com a idade. ⁷

Pesquisa realizada na School of Dentistry, Wonkwang University, com 17.535 pacientes, analisou a remoção de 20.802 terceiros molares, entre estes, os terceiros molares inferiores impactados sem cistos e tumores, foram classificados como grupo não patológico; e os terceiros molares inferiores impactados com cistos e tumores, foram classificados em grupo patológico. A prevalência de terceiros molares inferiores impactados e cistos ou tumores associados foi analisada em grupos de pacientes estratificados por idade e sexo. Constatou-se que pacientes com mais de 50 anos de idade, apresentam altas possibilidades de desenvolver cistos ou tumores, especialmente em pacientes do sexo masculino. No entanto, esses resultados não devem ser usados como a única evidência para justificar a extração profilática. ¹⁰

Reabsorção radicular do dente adjacente

Os terceiros molares podem causar reabsorção radicular do dente adjacente durante seu processo de erupção. Geralmente, o dente adjacente é reparado com a deposição de cimento

sobre a área afetada e a formação de dentina secundária. Porém, se a reabsorção for acentuada, poderá haver a indicação para extração.⁷

Outro tipo de reabsorção que pode ser observada, é a reabsorção interna idiopática do próprio dente incluso. O procedimento cirúrgico torna-se extremamente complexo devido à aparente ausência de espaço para o ligamento periodontal e à elevada densidade do osso alveolar circundante ao dente.⁸

Dentes sob prótese dental

Antes de o profissional planejar uma reabilitação dentária, devem-se avaliar as condições dos elementos remanescentes e verificar dentes inclusos ou parcialmente erupcionados, para que não seja uma barreira para o sucesso do tratamento. O processo alveolar edêntulo sofre reabsorção contínua, com isso, frequentemente, dentes inclusos são expostos, causando desconforto, úlceras e até mesmo infecção odontogênica.⁸

Prevenção de fratura mandibular devido à trauma

Para pacientes que praticam esportes de contato, deve-se indicar a remoção de seus terceiros molares impactados para prevenir uma fratura mandibular durante competições. A presença de um terceiro molar na linha de fratura pode gerar maiores problemas no manejo da fratura.⁷

A presença de um terceiro molar inferior impactado ocupa o espaço que é geralmente preenchido por osso, enfraquecendo a mandíbula e tornando-a mais susceptível a fraturas.²

Dor sem causa aparente

Eventualmente pacientes relatam dores na região mandibular onde há terceiro molar impactado, mas, no exame clínico, constata-se que não há sinais patológicos ou radiológicos. Diante dessas situações, geralmente, a extração do dente impactado resolve a dor. Atualmente, não existe uma explicação plausível para essa dor, contudo, aproximadamente 1 a 2% das remoções de terceiros molares inferiores ocorrem em razão dela.⁷

Após realizada uma revisão retrospectiva na AMC-MET Dental College and Hospital, de 1198 pacientes submetidos à remoção cirúrgica dos terceiros molares mandibulares retidos, que foram divididos em grupos de acordo com sexo, idade, tipo e lado de impaction, obteve-se, como resultado, que o manejo da dor facial inexplicada não oferece evidências convincentes para ser tratada como uma única razão para remoção cirúrgica de terceiro molar inferior impactado, já que não é uma boa prática tratar qualquer dor com intervenção cirúrgica

na ausência de doença aparente. O paciente deve ser informado de que a dor pode ou não ser aliviada e as consequências adversas da remoção cirúrgica do dente impactado devem ser claramente descritas.¹¹

Contraindicações para a extração de dentes inclusos

A decisão de indicar ou não a extração de um dente impactado deve ser fundamentada a partir de uma criteriosa avaliação dos possíveis benefícios comparados aos riscos. Quando há patologia associada, a decisão não é difícil porque é essencial para o tratamento da doença. Da mesma maneira, existem situações em que a exérese do dente impactado é contraindicada, pois as complicações cirúrgicas e sequelas sobrelevam os possíveis benefícios.⁷

Extremos de idade

Em pacientes jovens, geralmente a cicatrização acontece de forma mais rápida e completa, todavia, a cirurgia de extração de terceiros molares inclusos em pessoas muito jovens é contraindicada. Logo, a remoção muito precoce de terceiros molares deve ser adiada até que possa ser realizado um correto diagnóstico de impacção. Com o passar dos anos, a resposta cicatricial reduz, o que pode gerar um pós-operatório com falha óssea maior, pois esses pacientes serem menos tolerantes a lesões cirúrgicas e a recuperação demandar mais tempo. Ademais, os procedimentos cirúrgicos se tornam cada vez mais complexos conforme o avanço da idade, em razão do aumento da densidade e da calcificação óssea, tornando o osso mais rígido e, conseqüentemente, mais propenso à fratura.^{2,7}

Contraindicação médica comprometida

Com o avanço da idade, doenças cardiovasculares, pulmonares e outros problemas surgem. Logo, a idade avançada associada a problemas de saúde pode contraindicar a cirurgia de remoção de dente impactado que não apresenta nenhum processo patológico. Pacientes jovens também podem apresentar comprometimento da saúde, através de coagulopatias congênitas, asma e epilepsia; sendo assim, pode ser necessária a remoção de dentes impactados antes que a doença se torne fatal. Nessas condições, o cirurgião dentista deve trabalhar com o médico do paciente para evitar complicações.⁷

Danos cirúrgicos para as estruturas adjacentes

Nos casos em que existe uma estreita relação anatômica entre a raiz e o nervo alveolar inferior, o risco de lesão nervosa transitória ou mesmo permanente é aumentada. A lesão do nervo pode causar desconforto grave ao paciente. Um procedimento cirúrgico alternativo à extração completa do dente é a coronectomia que consiste na remoção apenas da coroa do elemento e a raiz é deixada intencionalmente *in situ*. Uma menor incidência de lesão do nervo alveolar inferior foi encontrada com a coronectomia no caso de terceiros molares mandibulares de alto risco às estruturas adjacentes.¹²

Complicações associadas ao procedimento cirúrgico de exérese de terceiros molares impactados

Os riscos da remoção de terceiros molares são, infecções cirúrgicas e outras complicações inflamatórias, sangramento, danos aos dentes ou restaurações adjacentes, defeitos periodontais novos ou insistentes nos dentes circundantes, fraturas de tuberosidade ou mandíbulas, raízes retidas, lesão dos nervos lingual ou mandibular, comunicação oro-sinusal sintomática persistente e necessidade de novo tratamento para lidar com as intercorrências.⁵

A dor intensa e o inchaço estão associados, principalmente, às condições pré-operatórias de um dente impactado, como angulações, profundidade, espaço disponível e posição em relação à crista oblíqua externa. Variáveis durante a cirurgia, como quantidade de anestésico local administrado, número de injeções com agulha, tipo de incisão e manejo do retalho mucoperiosteal e modo de retirada do dente precisam ser consideradas.¹³

Avaliação pré-operatória e clínica

Antes do procedimento cirúrgico, deve-se realizar uma avaliação pré-cirúrgica, procedendo à completa anamnese para conhecer o histórico do paciente. Avaliação clínica, para verificar cáries, condição periodontal, oclusão e erupção. E avaliação radiológica, como um complemento, fornecendo noções da anatomia do dente, da região e a disposição das estruturas.

4

A avaliação radiográfica do elemento é de extrema importância para o sucesso da exérese de um dente impactado. O profissional deve avaliar alguns fatores para determinar a dificuldade do procedimento. Sendo os principais, a angulação do elemento impactado, a

relação desse elemento com o rebordo anterior do ramo da mandíbula e com o segundo molar, a extensão da impaction e o tipo de tecido presente sobre o dente.⁷

A radiografia panorâmica geralmente é a primeira solicitada, a partir dela pode-se avaliar a quantidade de dentes inclusos, o grau de impaction desses dentes, patologias associadas e estruturas adjacentes.³

A tomografia computadorizada de feixe cônico é frequentemente usada em Odontologia e mostra a anatomia radicular, mais confiável que a imagem panorâmica.¹⁴

Protocolo cirúrgico

Anestesia

Para uma anestesia eficaz, o profissional deve possuir amplo conhecimento anatômico regional da face, sabendo os pontos de reparo, posicionamento dos nervos, músculos e dos sistemas vasculares da face.⁸

Retalho

O retalho deve possuir dimensão adequada para que o cirurgião o afaste e realize a cirurgia sem causar danos ao tecido.² Utiliza-se normalmente a incisão em envelope, em raras ocasiões se faz necessária uma incisão relaxante, que cria um retalho de três pontas.⁷ A incisão deve sempre manter-se sobre o osso, por isso o cirurgião deve planejar antes de iniciá-la. O retalho deve ser afastado lateralmente para expor a linha oblíqua externa com um afastador mucoperiosteal.² O número de incisões relaxantes deve ser limitado e a base maior do retalho deve estar direcionada para o fundo de vestibulo, para que o tecido tenha suprimento sanguíneo adequado.³

Osteotomia e odontosecção

Após o retalho rebatido, o cirurgião deve avaliar a necessidade de remoção óssea. Em algumas situações, o elemento pode ser seccionado com uma broca e removido sem retirada de osso. Porém, na grande maioria dos casos, a remoção óssea é requerida. A odontosecção permite que o dente seja removido em porções separadamente com auxílio de alavancas.² Os terceiros molares superiores são raramente seccionados, devido ao fato de o osso que recobre o dente ser delgado e relativamente flexível. Em pacientes com osso mais denso, há maior remoção óssea.⁴

Exérese

O dente seccionado ou não é extraído do processo alveolar com a utilização de alavancas apropriadas. ²

Toalete

Irrigar a ferida cirúrgica a fim de evitar o ressecamento do alvéolo, que atrapalha a cicatrização e leva a outras complicações. Caso haja lesão periapical, deve-se curetar o alvéolo. Por fim, realiza-se alisamento ósseo com lima para osso. ⁷

Sutura

Deve-se reposicionar o retalho e realizar o primeiro ponto (ponto de reparo) no vértice da incisão vertical. Para retalho em envelope, o primeiro ponto deve ser realizado no centro da incisão. As suturas não devem comprimir os tecidos em excesso, isso porque pode motivar necrose do tecido gengival, interferindo na cicatrização. ³

Prescrição medicamentosa

Alguns medicamentos podem ser prescritos no pré-operatório, sendo eles os anti-inflamatórios esteroidais que diminuem o edema no pós-operatório. E antibióticos, que são utilizados em pacientes com problemas sistêmicos ou locais, que justifiquem sua utilização. ⁸ O cirurgião deve realizar uma prescrição de analgésicos por, no mínimo, três ou quatro dias após a cirurgia. ² A utilização de antibióticos deve ser considerada em casos de infecção aguda no momento da cirurgia, grande remoção óssea ou procedimento que demande muito tempo de duração. ⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a extração de terceiros molares impactados tem sim diversas indicações importantes e comprovadas, porém o profissional deve realizar uma rigorosa avaliação, determinando o prognóstico, levando em conta o histórico do paciente, sua experiência clínica e, baseando-se na literatura para comparar os benefícios com os possíveis riscos, a fim de criar seu plano de tratamento o mais adequado possível.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho faz-se uso da metodologia baseada em pesquisas bibliográficas de artigos científicos, revistas científicas e livros, relacionadas ao tema apresentado. Realizou-se leitura e interpretação dos textos, documentos periódicos e demais fontes literárias, que foram retirados dos acervos digitais nacionais para a elaboração do trabalho. Base de dados Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, fator de exclusão: artigos abaixo do ano 2010.

REFERÊNCIAS

1. Segundo AVL, Sabóia RDSC, Sampaio DDO, Bezerra RAL. Iatrogenic Mandibular Fracture Associated with Third Molar Removal: Cases Report. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2015;: p. 22-26.
2. Hupp JR, III EE, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea* Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2008.
3. Medeiros PJ. *Cirurgia dos Dentes Inclusos - Extração e Aproveitamento* São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; 2003.
4. Pogrel MA, Kahnberg KE, Andersson L. *Cirurgia Bucomaxilofacial* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2016.
5. Bagheri SC, Bell RB, Khan HA. *Terapias atuais em Cirurgia Bucomaxilofacial* Rio De Janeiro: Elsevier Ltda; 2013.
6. Santos AEC, Iazzetti GJ, Primo LG. *Odontologia Integrada no Adulto* São Paulo: Santos Editora Ltda; 2015.
7. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. *Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson* São Paulo: Santos Ltda; 2016.
8. Prado R, Salim M. *Cirurgia Bucomaxilofacial: Diagnóstico e tratamento* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
9. Marques J, Montserrat-Bosch M, Figueiredo R, Vilchez-Pérez MA, Valmaseda-Castellón E, Gay-Escoda C. Impacted lower third molars and distal caries in the mandibular second molar. Is prophylactic removal of lower third molars justified? *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2017;: p. 794-798.
10. Shin SM, Choi EJ, Moon SY. Prevalence of pathologies related to impacted mandibular third molars. *SpringerPlus*. 2016;: p. 915.
11. Patel S, Saloni Mansuri S, Shaikh F, Shah T. Impacted Mandibular Third Molars: A Retrospective Study of 1198 Cases to Assess Indications for Surgical Removal, and Correlation with Age, Sex and Type of Impaction—A Single Institutional Experience. *Journal of Maxillofacial & Oral Surgery*. 2016;: p. 79-84.
12. Wolf D, Renton T. Die Koronektomie. Eine Behandlungsoption für Weisheitszähne im Unterkiefer bei sehr naher Lagebeziehung zum N.alveolaris inferior. *Swiss Dental Journal*. 2016;: p. 1147–1153.
13. Balakrishnan G, Narendar R, Kavim T, Venkataraman S, Gokulanathan S. Incidence of Trismus in Transalveolar Extraction of Lower Third Molar. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 2017;: p. 222-227.
14. Park KL. Which factors are associated with difficult surgical extraction of impacted lower third molars? *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2016;: p. 251-258.
15. Zawawi KH, Melis M. The Role of Mandibular Third Molars on Lower Anterior Teeth Crowding and Relapse after Orthodontic Treatment: A Systematic Review. *The Scientific World Journal*. 2014;: p. 615429.
16. Dantas RMX, Serrano LAF, Sobreira T. Terceiro Molar em Fratura Mandibular: Relato de Caso. *Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2010;: p. 13-16.