

INCIDÊNCIA DE ALVEOLITE NA EXTRAÇÃO DO TERCEIRO MOLAR

AUTORES

Fernando de Martins PAGANELLI

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Thais da Costa VINHA

Carolina Félix Santana Kohara LIMA

Docentes da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

Por ser um dos procedimentos mais realizados dentro da cirurgia oral menor a exodontia de terceiros molares merece uma atenção especial, devido aos acidentes e complicações relacionados com tal procedimento, esses que podem ser simples com fácil resolução até os mais graves que podem causar problemas sérios aos pacientes acometidos. Nessa perspectiva esse trabalho tem como objetivo analisar de forma individualizada os principais acidentes e complicações que podem vir a ocorrer com a exodontia de terceiros molares, especialmente a Alveolite, bem como demonstrar alternativas para evitar e/ou contornar tais intercorrências. O conhecimento apurado da técnica cirúrgica para os diversos casos, assim como, o estudo dos acidentes e complicações associados é de fundamental importância para o sucesso da cirurgia, levando assim, o melhor tratamento aos pacientes, reduzindo a morbidade.

PALAVRAS - CHAVE

Exodontia, Complicações, Alveolite

1. INTRODUÇÃO

Atualmente a extração de terceiros molares é um dos procedimentos mais comuns nas cirurgias bucais, algumas fatores para a remoção de terceiros molares incluem o risco de impaction dos mesmos, de cárie, pericoronarite, problemas periodontais na face, cistos odontogênicos e apinhamento (NORMANDO, 2015).

O desenvolvimento dos dentes ocorre por interação entre epitélio e ectomesênquima passando por uma série de modificações morfológicas que se dividem em cinco fases: botão, capuz, campânula, coroa e raiz (GUEDES, 2016).

Segundo Cameron e Widmer (2012), a conclusão da formação da coroa do terceiro molar ocorre nos 12-16 anos de idade, no entanto a erupção só ocorre entre os 17-25 anos de idade, sendo assim, compreendendo o tempo de erupção desse dente é de grande importância no auxílio e fechamento de diagnósticos.

Na odontologia são recorrentes acidentes e complicações, tanto para o paciente quanto para o cirurgião dentista, em alguns casos por uma falha no planejamento, técnicas inadequadas, falta de conhecimento do cirurgião dentista sobre a técnica utilizada e sobre as estruturas anatômicas, instrumentos inadequados, força excessiva, avaliação inadequada dos exames radiográficos e continência de exames complementares, atenção extrema sobre a saúde do paciente e medicamentos utilizados. Como consequências, podem ocorrer: trismo, edema, fratura mandibular e maxilar, alveolites, hemorragias, parestesia do nervo alveolar inferior e comunicação buco-sinusal. Dente impactado é aquele que não veio a irromper por interferência em alguma estrutura, e dente não irrompido é o dente que não erupcionou, na arcada dentaria no tempo cronológico normal de irrupção (BAZARIN & OLIVEIRA, 2018).

Enfatizam os autores ainda que, como consequências, podem ocorrer: trismo, edema, fratura mandibular e maxilar, alveolites, hemorragias, parestesia do nervo alveolar inferior e comunicação buco-sinusal. Dente impactado é aquele que não veio a irromper por interferência em alguma estrutura, e dente não irrompido é o dente que não erupcionou, na arcada dentaria no tempo cronológico normal de irrupção. Neste sentido, para promover a informação entre profissionais e a elaboração de um planejamento satisfatório; foram criadas classificações distintas desses elementos dentários, como a de Winter e a de Pell e Gregory (RIBEIRO et al., 2017).

Em 1926, Winter classificou os terceiros molares inclusos diante da angulação do longo eixo do dente incluso em relação ao longo eixo do segundo molar, ficou dividido em: Inclusão vertical, Horizontal, Mesioângulado, Distoângulado, Invertido, Vestibuloangular e Linguoangular (OLIVEIRA et al., 2015).

De acordo com Pell e Gregory (1933), o grau de impaction do terceiro molar poderá ser medido através da localização em que o elemento se encontra em relação ao plano oclusal do dente mais próximos. Podendo ser dividido em classes I, II e III que relaciona o terceiro molar com a borda anterior da mandíbula e a face distal do segundo molar; para obter a profundidade A, B e C, devemos observar o terceiro molar em relação à profundidade relativa do osso (MARCHI et al., 2020). Em muitos casos, quando não se consegue obter uma visualização completa do terceiro molar, incluso, em radiografia periapical convencional, pode-se utilizar técnicas de localização radiográfica como: o método Miller e Winter, a modificação desta feita por Margareth Donovan ou ainda a realização de tomografia computadorizada de feixes cônicos (MATOS et al., 2017).

Cabe esclarecer que no meio odontológico a alveolite é uma temática bastante interessante no que tange a sua ocorrência, complicações e peculiaridades. Muito se discute principalmente em relação ao seu tratamento, etiologia e diagnóstico, ao se levar em conta que existem várias causas ou fatores para que a alveolite aconteça (MARZOLA, 2008). A etiologia multifatorial com as causas variando de paciente para

paciente, podendo ser bacteriana ou fibrinolítica.

Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão de literatura abordando principais acidentes e complicações encontradas na exodontia de terceiros molares, assim os cuidados a serem tomados pelo cirurgião dentista para realizar um bom diagnóstico conseqüentemente a efetivação de um bom procedimento.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa bibliográfica tem como base a seleção de artigos para elaboração de um estudo sobre extração de terceiros molares e suas complicações. Para tanto, foram escolhidos vários artigos priorizando os de publicação recente para que tivéssemos informações mais atualizadas possíveis sobre o assunto. Foram utilizadas as seguintes fontes de busca, Google Acadêmico, Scientific Electronic Library (SciELO), PubMed, Jornais e Livros. As palavras chaves utilizadas nas pesquisas foram as seguintes: extração de terceiro molar, alveolite, complicações em extrações em terceiro molar, técnicas para extração de dente incluso, dente incluso e origem dentária.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao longo da história o tamanho da mandíbula do homem passou por transformações e a não necessidade de mastigar alimentos tão resistentes torna menos provável para os dentes do siso erupcionarem e entrarem em uma posição funcional. Neste sentido, o dente completa a sua formação entre as idades de 15-25 anos, variando de paciente para paciente, por isso, nem sempre encontram espaço suficiente para sua erupção e podem trazer uma série de problemas indesejáveis para a saúde bucal. Muitas vezes, os dentes do siso ficam presos ou encaixados no osso ou simplesmente não saem. Isto pode causar sobreposição ou deslocamento de outros dentes ou levar ao desenvolvimento de cárie dentária localizada. Se o dente erupcionar parcialmente ele pode vir a gerar um quadro infeccioso inflamatório, que é conhecido por pericoronarite, gerando muita dor, inchaço facial, inchaço na gengiva, mau odor e irritação local. Além de todos estes itens, estes dentes ainda podem ser responsáveis por fortes dores faciais e enxaquecas por comprimir os feixes nervosos, dependendo da sua posição dentro dos ossos maxilares. Em casos de a partir dos 17 anos de idade tais dentes ainda não tiverem dado sinais de erupção, é necessário procurar o dentista para uma cuidadosa avaliação, e estando indicada a cirurgia de extração, esta deve ser realizada por cirurgião-dentista bucomaxilo facial habilitado e em ambiente cirúrgico (BVSNS, 2022).

Segundo Yoshino (2014), a cirurgia de terceiros molares é um dos procedimentos mais frequentes para o cirurgião dentista e representa um procedimento padrão para estes profissionais. São os dentes que se encontram retidos com maior frequência, principalmente os inferiores. A posição anatômica dos terceiros molares impactados mostra variações importantes que antecipam a dificuldade de extração. Vários métodos têm sido utilizados para classificar a impactação. Essa classificação é baseada em muitos fatores, como o nível de impactação, a angulação dos terceiros molares e a relação com a borda anterior do ramo (BADENOCH-JONES; LYNHAM; LOESSNER, 2016).

A avaliação do dente impactado é feita por uma avaliação física e uma avaliação radiográfica. A avaliação física inclui inspeção, palpação da articulação temporomandibular e movimento da mandíbula; Determinação da mobilidade e características dos lábios e bochechas; Tamanho e contornos da língua e aparência de tecido mole

sobrejacente ao dente impactado. A avaliação radiográfica inclui a avaliação da raiz morfologia, tamanho do saco folicular, densidade do entorno osso, contato com o segundo molar, natureza da sobreposição tecidos, nervo alveolar inferior e vasos, relação com corpo e ramo da mandíbula, relação com os dentes adjacentes e posição vestibular à lingual do terceiro molar (SANTOS, 2015).

Oliveira (2017) esclarece que, por se tratar de um procedimento cirúrgico, o qual muitas vezes se torna complexo devido a variáveis envolvidas como dilaceração radicular, inclusão em tecido ósseo, posição do elemento e proximidade de estruturas nobres, demanda habilidade do cirurgião, para assim evitar ao máximo a ocorrência de acidentes e complicações. Estes que não são eventos raros, podendo ocorrer tanto na maxila como na mandíbula além dos tecidos circunvizinhos.

É importante fazer uma diferenciação do que viria a ser um acidente ou complicação. Acidentes podem ser considerados como intercorrências ocasionadas no transoperatório, enquanto as complicações são aquelas que ocorrem no período pós-operatório, vale ressaltar que algumas vezes acidentes podem vir a trazer futuras complicações ao paciente, como por exemplo, no caso de uma comunicação buco-sinusal ocorrida durante a cirurgia que não foi tratada de forma adequada e evoluiu para uma sinusite maxilar (CASTANHA, 2018).

Para Sampaio (2018), os acidentes podem ser desde aqueles considerados mais simples, como fraturas dentárias, pequenas comunicações buco-sinusais e laceração de retalhos até os mais graves e que muitas vezes demandam tratamento especializado, como grandes comunicações buco-sinusais, fratura de instrumentais com penetração total nos tecidos, como em alguns casos de fratura de agulha, fraturas mandibulares transoperatórias edemais injúrias a estruturas nobres, como nos casos de lesão nervosa.

Da mesma forma as complicações podem ser consideradas mais simples, com dor, edema, alveolite e trismo até as mais severas, como fraturas mandibulares tardias, parestesia permanente, deslocamentos dentários e infeções graves. Dentre as complicações pós-operatórias mais comuns inerentes a exodontia de elementos dentários, está a alveolite que merece destaque ao estudo desta literatura.

Segundo Marzola (2008), a alveolite pode se apresentar de dois tipos; alveolite seca e purulenta. A seca ocorre devido à ausência do coágulo após a exodontia, causando uma intensa dor, pois as terminações nervosas do alvéolo ficam expostas, que pode ter como causas: o traumatismo excessivo; falta de sutura ou sutura inadequada; realização de bochechos nas primeiras 24 horas após a exodontia, e dentes fraturados durante a exodontia, dentre outros fatores. Já na alveolite purulenta, o alvéolo se apresenta com o coágulo em desarranjo ou presença de corpos estranhos, odor fétido, acompanhado de exsudato purulento.

Os fatores que levam ao surgimento da alveolite podem-se destacar dentre eles: a idade do paciente; experiência cirúrgica do cirurgião; tabagismo; trauma cirúrgico; higiene bucal precária e deficiente; uso de contraceptivos; tipos de anestésicos; falta de orientação ao paciente sobre o pós-operatório; falha na cadeia asséptica, dentre outros. Como se trata de diferentes fatores relacionados, a maior forma terapêutica que se torna indispensável é o da prevenção (SILVA, 2002).

O tratamento local também é de suma importância para cura da alveolite, sendo que em caso de alveolite seca é orientada a prescrição e o uso de uma pasta medicamentosa, antimicrobiana, analgésica, hemostática e reabsorvível. Na alveolite purulenta o tratamento consiste na curetagem do alvéolo, preenchimento do alvéolo com sangue e sutura. Cabe ressaltar que o tratamento sistêmico é somente para aliviar a dor, mas não para tratar do processo infeccioso característico da alveolite (MARZOLA, 2008).

Na ausência de sintomas subjetivos, pelo menos três fatores radiográficos geralmente determinam a decisão de remover um terceiro molar mandibular impactado/semi-impactado: reabsorção na superfície distal do segundo molar, perda óssea marginal na superfície da raiz distal do segundo molar e um aumento do espaço

periodontal ou cisto ao redor da coroa do terceiro molar. Assim, se pelo menos uma dessas patologias estiver presente na radiografia, o terceiro molar deve ser removido (STADERINI, 2019).

A avaliação do dente impactado é feita por uma avaliação física e uma avaliação radiográfica. A avaliação física inclui inspeção, palpação da articulação temporomandibular e movimento da mandíbula; Determinação da mobilidade e características dos lábios e bochechas; Tamanho e contornos da língua e aparência de tecido mole sobrejacente ao dente impactado. A avaliação radiográfica inclui a avaliação da raiz morfologia, tamanho do saco folicular, densidade do entorno osso, contato com o segundo molar, natureza da sobreposição tecidos, nervo alveolar inferior e vasos, relação com corpo e ramo da mandíbula, relação com os dentes adjacentes e posição vestibular à lingual do terceiro molar (SANTOS, 2015).

De acordo com a literatura, a imagem panorâmica pode ser o método de primeira escolha para o exame dos terceiros molares inferiores, uma vez que fornece uma visão geral dos dentes e mandíbulas. A imagem intraoral é uma alternativa, mas foi demonstrado que em cerca de 25 a 36% dos casos, o terceiro molar e as estruturas anatômicas adjacentes não são visualizados por este método (HIRAKATA et al., 2016).

A tomografia computadorizada, tem sido um sistema de imagem preferencial na investigação de detalhes, como a relação das lesões com as corticais vestibular e lingual, relação com estruturas anatômicas e a avaliação mais precisa da dimensão da lesão, relação com dentes adjacentes, estrutura interna, expansão cortical e erosão óssea (TOMEH, 2015).

Em muitos casos, não se consegue obter uma visualização completa do terceiro molar impactado e/ou de um elemento supranumerário devido a sua posição estar demasiadamente na distal, ou o ramo da mandíbula muito projetado; impossibilitando, assim, o correto posicionamento do filme periapical. Em casos como estes, pode-se utilizar técnica de adaptação radiográfica. Esta técnica totaliza-se em duas tomadas radiográficas: a primeira, periapical (para visualização do elemento dentário em sentido méso-distal e ocluso-apical) e a segunda, radiografia periapical (no sentido oclusal, para possibilitar a visualização do elemento dental no sentido vestibulo-lingual). Se faz importante pelo fato da possibilidade da formação de uma imagem tridimensional do elemento dentário estudado (MATOS, 2017).

Modificação de Donovan ou Princípio da Dupla Incidência é a técnica que utiliza 2 filmes, sendo um periapical na identificação da dimensão mesiodistal e oclusoapical, mais um adicional, por oclusal, identificando o posicionamento vestibulolingual (técnicas restritas à mandíbula) (BISPO, 2019).

Alveolite é uma forma de osteíte, oriunda da cortical óssea alveolar. Também é conceituada como uma condição na qual o alvéolo dental não apresenta uma via normal de reparação, fazendo com que a restauração transforme-se em um grande problema para a prática clínica (PEREIRA, 2010).

Pretto (2012), abordou uma definição mais recente em relação à alveolite, ao descrevê-la como: “uma dor pós-operatória em torno do local da extração, com aumento da sua severidade em qualquer momento entre o primeiro e terceiro dia após a extração dentária. É acompanhada por desintegração parcial ou total do coágulo sanguíneo dentro do alvéolo, com ou sem halitose”. Esta alteração ocorre devido à perda prematura ou necrose do coágulo sanguíneo, expondo o osso subjacente, ocasionando dor pós-operatória, podendo variar de moderada a severa.

A incidência da alveolite é maior na mandíbula que na maxila, sendo, segundo relatado até dez vezes mais frequente em molares mandibulares que em molares maxilares. A pouca perfusão sanguínea existente na mandíbula, devido à sua densa cortical óssea, sendo este um dos fatores que pode levar a ocorrência da alveolite. (PEREIRA, 2010).

A alveolite está presente em 2% a 6% das extrações dentais, sendo mais comum em exodontias isoladas e em

alvéolos de molares inferiores. A faixa etária mais acometida é de 30 a 40 anos, com leve predileção pelo sexo feminino (SIMÕES, 2014).

Segundo Portela (2014), a etiologia da alveolite não se refere somente a um único fator, cabendo ressaltar que são múltiplos fatores que estão diretamente relacionados para o surgimento dessa patologia, os quais variam de paciente para paciente, podendo ter origem bacteriana ou fibrinolítica. Ainda segundo os autores no que refere aos fatores que levam ao surgimento da alveolite podem-se destacar dentre eles: a idade do paciente; experiência cirúrgica do cirurgião; tabagismo; trauma cirúrgico; higiene bucal precária e deficiente; uso de contraceptivos; tipos de anestésicos; falta de orientação ao paciente sobre o pós-operatório; falha na cadeia asséptica, dentre outros. Como se trata de diferentes fatores relacionados, a maior forma terapêutica que se torna indispensável é o da prevenção.

Portela (2014), afirma que o diagnóstico da alveolite é feito geralmente no segundo ou terceiro dia após a extração dental, quando o quadro clínico é extremamente desconfortável para o paciente, já que é acompanhado de dor intensa, pulsátil e não controlada pela ação de analgésicos. Além da dor, a presença de um alvéolo vazio e a halitose são os principais achados clínicos no que tange a alveolite.

Na alveolite seca a dor aguda é constante, há uma desintegração total ou parcial do coágulo, deixando a área totalmente sensível à curetagem. Pode apresentar edema gengival e halitose. O diagnóstico geralmente se dá ao segundo e quinto dia, no qual os sintomas aparecerem, sendo a dor o principal sintoma para se diagnosticar (SIMÕES, 2014).

De acordo com Marzola (2008), o tratamento da alveolite está diretamente ligado à cura da infecção e conseqüentemente o alívio da dor, visando à troca do osso necrótico por osso saudável, criando o ciclo de regeneração óssea que, leva um período de duas a três semanas.

Para um correto tratamento é necessário realizar um exame radiográfico, irrigar o alvéolo abundantemente com soro fisiológico ou clorexidina. Na alveolite seca é ideal aplicar um material obturador antisséptico no interior do alvéolo. Na úmida a utilização de uma cureta para a remoção dos restos necróticos é fundamental. Realizar uma reavaliação em 48 horas. Outra forma de tratamento é aplicação de tomadas de laser de baixa intensidade na região acometida pela infecção (KOLOKYTAS, 2010; JOVANOVI, 2011).

Um tratamento sistêmico utilizado é garantir o alívio da dor do paciente por intermédio da administração de medicação analgésica, é recomendada por um período de 24 horas, sendo citada a dipirona sódica 500 mg ou paracetamol 750 mg a cada 4 horas. Nos casos de dor de maior intensidade, prescrever os anti-inflamatórios não esteroidais por via oral, como nimesulida 100 mg a cada 12 horas, pelo período de 48 horas, ou via intramuscular, como diclofenaco sódico 75 mg (MARZOLA, 2008).

O tratamento local também é de suma importância para cura da alveolite, sendo que em caso de alveolite seca é orientada a prescrição e o uso de uma pasta medicamentosa, antimicrobiana, analgésica, hemostática e reabsorvível. Na alveolite purulenta o tratamento consiste na curetagem do alvéolo, preenchimento do alvéolo com sangue e sutura. Cabe ressaltar que o tratamento sistêmico é somente para aliviar a dor, mas não para tratar do processo infeccioso característico da alveolite (MARZOLA, 2008).

Como forma de tratamento, na alveolite purulenta é preciso eliminar os efeitos da infecção ingerindo antibióticos especificamente indicados para o caso. Na alveolite seca, a primeira providência do paciente será de usar analgésico, respeitando as características de cada pessoa e suas limitações medicamentosas (PEREIRA, 2010).

Segundo Alexander (2000) o conjunto dos antibióticos sistêmicos usados para prevenção da alveolite, embora todos tenham demonstrado eficácia, o que apresenta um resultado melhor é o metronidazol. Este medicamento

tem um estreito espectro de ação que afeta principalmente bactérias anaeróbias, reduzindo a possibilidade de resistência bacteriana, como também possui menores efeitos adversos.

De acordo com Tores-Lagares (2010), um composto de fibrina com Metronidazol apresenta evidentes efeitos hemostáticos e anti-inflamatórios, além de facilitar o crescimento de fibroblastos e osteoblastos. Que promove a cicatrização precoce e reduz a incidência de complicações. No processo de cicatrização de feridas, a cura natural é um processo passivo, no entanto, sela-se a ferida usando este material, o que promove um processo ativo que facilita a proliferação celular e aceleração da cicatrização.

Após os procedimentos cirúrgicos, a ferida deve ser cuidadosamente limpa. A irrigação alveolar após a extração com quantidades variadas de soro fisiológico revelou que o aumento da quantidade de soro fisiológico (25, 175 e 350 mL) progressivamente diminui a incidência de alveolite (10,9, 5,7 e 3,2%, respectivamente) (PEREIRA, 2010). Ainda enfatiza Pretto (2012), que o profissional deve realizar cirurgias atraumáticas com incisões limpas e delicadeza no afastamento dos tecidos moles. Há um maior risco de desenvolver alveolite com uma cirurgia traumática e difícil. O trauma é conhecido por resultar em cicatrização retardada pela compressão do revestimento ósseo do alvéolo, comprometendo, assim, a penetração vascular e a perfusão do sítio cirúrgico.

Tarakji (2015), retrata ainda que um dos métodos farmacológicos utilizados tem incluído o uso de antibióticos inseridos após a extração e lavagens antissépticas. Eles recomendam o uso de antibióticos na cavidade da extração para serem reservados à aqueles pacientes com história de múltiplas alveolites ou pacientes imuno comprometidos.

4. CONCLUSÃO

Através do estudo desta literatura, foi possível concluir que as complicações e acidentes na extração de terceiro molar estão diretamente relacionadas a técnica utilizada e nível de capacitação do cirurgião dentista, para diminuir tais riscos uma boa anamnese e planejamento são de extrema importância, assim como exames de imagem, diminuindo assim o tempo cirúrgico e chances de acidentes no transoperatório.

A alveolite é caracterizada como um processo inflamatório, consequente do trauma originado na cirurgia, resultando em um estado infeccioso oriunda de diversos fatores, desde endógenos do paciente e o descuido nas regras de biossegurança. Completamente reversível, podendo ser acompanhado de uma tumefação da mucosa oral e perialveolar. O tratamento da alveolite consiste em alívio da dor e cura da infecção

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAZARIN, R.; OLIVEIRA, R. V.; Acidentes e Complicações na Exodontia, **Revista Uningá**, Maringá, JAN. /MAR. 2018.

BADENOCH-JONES, E. K.; LYNHAM, A. J.; LOESSNER, D. Consent for third molar tooth extractions in Australia and New Zealand: A review of current practice. **Australian Dental Journal**, 2016.

CAMERON, A. C.; WIDMER, R. P.; **Manual de Odontopediatria**. 3. Editora Rio de Janeiro; Editora Elsevier, 2012.

CASTANHA, D. M.; ANDRADE, T. I.; COSTA, M. R.; NUNES, J. R. R. M.; et. al., Considerações a Respeito de Acidentes e Complicações em Exodontia de Terceiros Molares: Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of**

Sugery and Clinical Research – BJSCR, 2018.

GUEDES-PINTO, A. C.; et al. **Odontopediatria** – 9ªED. São Paulo, Editora Santos, 2009.

MARCHI, G. F.; SILVA, J. P. S.; PANSARD, H. B.; COSTA, G. M.; QUESADA, G. A. T.; WEBER, A.; Análise Radiográfica de Terceiros Molares Inclusos Segundo Winter e Pell Gregory em Radiografias Panorâmicas da UFS, **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, ABR. 2020.

MARZOLA C. **Fundamentos de Cirurgia Bucomaxilofacial**. São Paulo: Ed. Bigforms, 2008.

MATOS, A. F. S.; VIEIRA, L. E.; BARROS, L.; Terceiros Molares Inclusos, **Revista Psicologia Saúde e Debate**, Minas Gerais, JAN. 2017

NORMANDO D.; Third Molars: To Extracts or Not To Extract? **Dental Press J Orthod**, Maringá, JULY-AUG; 2015.

OLIVEIRA, D. V.; MARTINS, V. B.; OLIVEIRA, M. V.; Avaliação Tomográfica de Terceiros Molares Inclusos Segundo Classificação de Winter, **Revista Circular Traumatologia**. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, ABR./JUN. 2015.

OLIVEIRA, M., S.; GONTIJO, D., M.; GONÇALVES, V., A.; MELO, W., M.; DE BARROS, L., Acidentes e Complicações Trans e Pós Exodontia de Terceiros Moraes, **Revista de Odontologia Contemporânea**, Minas Gerais, dez. 2017.

RIBEIRO, E. D.; PALHANO-DIAS, J. C.; ROCHA, J. F.; SONADA, C. K.; SANT´ANA, E.; Avaliação da Posições de Terceiros Molares Retidos em Radiografias Panorâmicas, Revisão de Literatura, **Revista de Odontologia**, São Paulo, MAIO/AGO, 2017

SAMPAIO D. O, Castanha DM, Andrade TI, *et al.* Consequência de erros associados à exodontia de terceiros molares: relato de caso. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** 2018.

SANTOSH, P.; **Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Cassification**. Annals of Medical and Health Sciences Research. Kingdom of Saudi Arabia, 2015.

Site: <https://bvsms.saude.gov.br/dente-do-sono-denteserotino-ou-terceiro-molar>, acesso em 12/07/2022.

YOSHINO, K. et al. 10 Years: **A Retrospective Clinical Survey Risk Factors Affecting Third Molar Autotransplantation during 5 and**. v. 55, 2014.