

TERCEIROS MOLARES: O QUE FAZER?

THIRD MOLARS: WHAT TO DO?

*Ana Cláudia Amorim GOMES**
*Emanuel DIAS de Oliveira e Silva***
*Tácio Pinheiro BEZERRA****
*Mariana de Moraes PONTUAL*****
*Zaira Ribeiro de VASCONCELOS*****

Recebido em 12/12/2003
Aprovado em 22/03/2004

RESUMO

Os terceiros molares são os últimos dentes a erupcionarem na cavidade bucal, e em decorrência deste fato, muitas vezes não encontram espaço suficiente para a sua erupção e permanecem retidos, por tecidos moles, ósseos ou ambos. Atualmente, a exérese destes dentes é o procedimento mais comum no cotidiano dos profissionais buco-maxilo-faciais. Porém, existe atualmente uma série de estudos que se destinam a estudar o momento mais oportuno de se indicar tal procedimento cirúrgico. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revista de literatura sobre a conduta frente à retenção de terceiros molares inferiores no intuito de avaliar a indicação ou não de exéreses profiláticas de dentes assintomáticos.

DESCRITORES

Dentes retidos, Exérese profilática

ABSTRACT

The third molars are the last teeth to erupt at the oral cavity, and because of this fact, it doesn't have enough space and become impacted by soft tissue, bone or both. Nowadays, this teeth extraction are the most common procedure to oral surgeons. But, there are many researches that studies when is the most appropriate moment to make the surgery tooth extraction. The purpose of this paper is to do a literature review about the conduct of lower impacted third molars, in order to evaluate the indication or not of prophylactic extraction of non symptomatic teeth.

DESCRIPTORS

Impacted teeth, Prophylactic extraction

* Especialista, Mestra e Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial FOP/UPE, Profa. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial FOP/UPE e Supervisora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

** Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Coordenador da Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial FOP/UPE e da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

***Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

**** Alunas de Graduação FOP/UPE.

INTRODUÇÃO

O termo retenção dentária é utilizado para referenciar uma alteração de desenvolvimento de um dente em que, chegada a época normal de erupção, o mesmo permanece no interior dos tecidos (NOGUEIRA, 2004).

Os terceiros molares são os dentes que mais frequentemente encontram-se retidos, principalmente os inferiores (PETERSON et al 2000; LIEDKE 1977; VERRI 1973). A falta de espaço no arco dental é o principal fator etiológico, porém, hereditariedade, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos e alterações sindrômicas e sistêmicas podem estar associadas.

A exérese cirúrgica de terceiros molares é um dos procedimentos mais frequentes no dia-a-dia do cirurgião buco-maxilo-facial e representa um procedimento padrão para estes profissionais (POESCHL, ECKEL, POESCHL 2004; BUI, SELDIN, DODSON 2003; JAMILEH, PEDLAR 2003; MCGRATH et al., 2003). Porém, a indicação deste procedimento é fruto de divergência entre os autores (ROCHA JUNIOR, et al., 2002).

O fator financeiro (MCGRATH et al., 2003), o risco de complicações cirúrgicas (BUI, SELDIN, DODSON 2003), o desconforto pós-operatório (JAMILEH, 2003) e a ausência de evidências científicas são motivos utilizados para contra-indicar a exérese de dentes assintomáticos.

Em contra-partida, a possibilidade de desenvolvimento associado de alterações patológicas importantes (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2001) e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2004) com maiores riscos à estruturas anatômicas (VALMASEDA-CASTELLON, BERINE-AYTES, GAY-SCODA 2001; GOMES, 2001) vêm sendo afirmadas como justificativa para a conduta cirúrgica de cunho profilático.

O presente trabalho tem por finalidade realizar uma revista da literatura à cerca da conduta frente à

retenção dental dos terceiros molares inferiores. Para isto foram analisados diversos estudos pertinentes ao assunto, no intuito de se confrontar idéias e se encontrar subsídios para indicar ou contra-indicar a exérese de dentes assintomáticos.

REVISTA DE LITERATURA

Todo dente retido é susceptível a provocar transtornos de origens diversas, apesar do que muitas vezes passam despercebidos sem causar transtornos (MARZOLA, 1995). Dentre os mais comuns, Carvalho et al (1979) *relatam a dor, apinhamento dental, pericoronarite, alterações patológicas, alterações periodontais e infecções.*

A dicotomia entre os autores que sustentam a exérese profilática e os que a contr-indicam existe há longas datas. A Conferência de 1979 para se chegar à um consenso sobre a exérese de terceiros molares tentou uniformizar as opiniões. Foi demonstrado que é baixa a incidência de entidades patológicas associadas aos dentes retidos, não há critérios que comprovem a futura erupção de um dente impactado, a correlação entre terceiros molares e apinhamento dental não tem sido justificada e a preservação deste dente poderia ser útil para um transplante em caso de perdas dentárias. Ficou decidido, portanto, que só seriam removidos dentes que possuíssem patologias associadas.

A ocorrência de lesões patológicas em associação com as retenções dentais de terceiros molares não é fato comum dentre os estudos epidemiológicos (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2004), porém, na presença de tal alteração, a mesma requer tratamento específico e a associação lesão-tratamento pode chegar a ter uma agressividade considerável no que se refere à morbidade, mortalidade e qualidade de vida pós-operatória (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2001). Segundo Leonard (1992), os terceiros molares são "bombas do tempo", podendo causar dor, infecções e, se não tratados, ameaçar a vida dos pacientes.

Curran, Damm, Drummond (2002), realizaram um estudo retrospectivo da avaliação do diagnóstico histopatológico de 2646 lesões pericoronárias, de um banco de dados do laboratório de patologia oral da Universidade de Kentucky onde foram encontradas 32,9% de lesões patológicas. Os autores concluíram que o estudo serve para mostrar um real potencial de desenvolvimento patológico significativo e até mesmo ameaçador para a vida associado aos dentes. Além de ser um fator importante quanto ao dilema do tratamento do terceiro molar retido.

Lopes, Gurgel, Lima (2003) realizaram um estudo de avaliação radiográfica, objetivando avaliar a prevalência de patologias associadas a dentes retidos. A amostra foi composta de 4000 ortopantomografias, que apresentavam dentes retidos, da demanda espontânea de banco de dados de clínica radiológica privada que atende pacientes da região metropolitana do Recife-PE. Os pacientes foram classificados de acordo com o sexo, faixa etária e grau de rizogênese. Nos pacientes pesquisados foram encontrados 8594 dentes retidos, destes, 221 (2,6%) apresentaram-se associados à imagens sugestivas de cistos ou tumores. Concluiu-se que: a maioria absoluta não apresentava imagens radiográficas sugestivas de patologias; o sexo feminino foi o mais acometido; a grande maioria foi de terceiros molares retidos; constatou-se associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a ocorrência de patologias (maior entre 51 e 60 anos); e existe associação significativa entre a patologia e a rizogênese (maioria com rizogênese completa).

Estudos comprovam que com o crescimento e envelhecimento fisiológico os dentes que não erupcionaram dentro do período esperado podem vir a o fazer total ou parcialmente (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLA 2004). Em idade adulta o desenvolvimento de complicações associadas ao dente retido é mais frequente, principalmente no que se refere à inflamações e infecções (pericoronarites) e danos aos tecidos mineralizados ou não adjacentes

(VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLA 2004). Knutsson et al (1996) encontraram complicações por pericoronarite em 64% dos casos de seu estudo coorte prospectivo de exérese de dentes retidos.

Ventä, Ylipaavalniemi, Turtola (2004) realizaram um estudo prospectivo, objetivando acompanhar as alterações clínicas no posicionamento de terceiros molares, num período de 18 anos. A amostra foi de 118 pacientes, inicialmente com 20 anos e posteriormente com 38 anos de idade. Concluíram que: houve um aumento dos índices de exérese cirúrgica destes dentes no período estudado; que parte daqueles pacientes que ainda possuíam terceiros molares aos 38 anos teriam indicação para removê-lo em uma data futura na vida; e que este procedimento teria um grau de dificuldade maior que se realizado anteriormente. Esta dificuldade se deve a menor elasticidade do tecido ósseo que recobre o dente, completa formação radicular com risco de fraturas ósseas trans-cirúrgicas e pós-operatórias e danos à estruturas nervosas.

Para Bui, Seldin, Dodson (2003), a idade é um fator de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Chiapasco, Crescentini e Romanoni (1995) realizaram um estudo para avaliar a relação entre idade e incidência de complicações pós exérese de terceiros molares. Numa amostra de 868 pacientes com idade entre 9 e 67, este estudo demonstrou que houve um aumento significativo de complicações no grupo acima de 24 anos de idade.

GOMES (2001), em um ensaio clínico randomizado pareado, avaliou clinicamente a frequência e o tipo de lesão nervosa aos nervos alveolar inferior, lingual e bucal, após exérese de terceiros molares inferiores retidos, variando duas técnicas. A amostra foi de 55 pacientes, portando 110 dentes, divididas em grupo controle e experimental, onde no primeiro realizava-se o descolamento e proteção do retalho vestibular e, no segundo procedia-se da mesma forma acrescentando o descolamento

e proteção do retalho lingual. O estudo demonstrou haver uma maior relação do aparecimento de lesões nervosas associadas ao grau de dificuldade cirúrgica.

As injúrias pós-cirúrgicas ao nervo alveolar inferior e lingual ocorrem em 1,3% e entre 0,02-0,2% dos casos, respectivamente, e são mais comuns em adultos (VALMASEDA-CASTELLON, BERINE-AYTES, GAY-SCODA 2001). Em decorrência do carreamento de fibras gustativas do nervo facial junto à fibras do nervo lingual um prejuízo desta função pode ocorrer, naqueles casos em que um dano severo ao nervo ocorrer (AKAL et al 2004).

O cuidado com o benefício pós-operatório dado ao paciente é relatado na literatura. Mcgrath et al., (2003), realizaram um estudo coorte com 100 pacientes no intuito de estudar a percepção destes quanto as mudanças na qualidade de vida após exérese de terceiros molares, em períodos de 1 semana, 1 mes, 3 meses e 6 meses. Os autores perceberam que os pacientes apresentaram uma melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida após o prazo determinando em relação ao pré-operatório, porém com um declínio no período pós-operatório imediato de uma semana. Além disso, os pacientes referiram melhora no conforto e odor bucal, na alimentação, na saúde geral, na fonação, no sono, no sorriso, no relaxamento, no humor, na personalidade, no convívio social, nos relacionamentos e na vida profissional. Para os autores este é um importante fator a ser incluído nos debates sobre a validade da cirurgia de terceiros molares.

Santos-Neto, Luz, Santiago (1997), realizaram uma revista da literatura no intuito de avaliar a indicação e os benefícios da exérese de terceiros molares retidos, observaram que a retenção destes dentes pode desencadear complicações locais e sistêmicas nos pacientes e que a remoção dos mesmos traz benefícios. Dentre as conclusões afirmam que a exérese dos terceiros molares retido deve ser feita, preferencialmente no indivíduo jovem entre 16 e 18

anos de idade, devido à condições locais mais favoráveis, que a incidência de complicações é mais elevada em pacientes adultos e que a reparação das exodontias é melhor nos jovens.

Em todo mundo, milhões são gastos anualmente para custear as cirurgias de exérese de dentes retidos. Segundo Poeschl, Eckel, Poeschl (2004), são gastos entre 150 e 400 milhões de dolares nos Estados Unidos e 50 milhões de libras na Inglaterra para custear estas cirurgias. Segundo Mcgrath et al. (2003), tais gastos são consideráveis tanto para o serviço público, quanto para os planos de saúde e até para os pacientes, o que faz com que o tema seja fruto de debate na literatura.

Entre adultos jovens, a espera por uma possível erupção objetivando a simplificação e o barateamento do procedimento seria benéfica em relação à exérese profilática (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLA 2001).

Em decorrência de alguns estudos apresentarem índices baixos de patologias associadas à retenção dental, a literatura contesta a real necessidade de se instalar um procedimento padrão para um grupo de 100% de paciente para evitar que apenas uma pequena faixa seja beneficiada pela não instalação destas patologias (BISHARA 1999). É importante considerar a opinião e a expectativa do paciente para a decisão terapêutica frente aos casos de retenção, principalmente para embasar a efetividade e valor da cirurgia (MCGRATH et al. 2003).

A ocorrência de edema, trismo, hipoestésias dentre outros fatores têm sido utilizados como argumentos contra as exéreses profiláticas de dentes retidos, uma vez que o procedimento iria ocasionar desconforto pós-operatório para tratar algo assintomático (JAMILEH 2003). Em um trabalho avaliando o tipo, a frequência e os fatores de risco associados à exérese de terceiros molares retidos Bui, Seldin, Dodson (2003) conclui que 4,6% dos dentes operados estiveram associados à

complicações, sejam operatórias, como sangramentos e lesões nervosas, ou inflamatórias, como alveolites, retardo de cicatrização, infecção, dor e edema.

Para Renton, Mcgurk (2001), é difícil avaliar os fatores que dificultam a exérese por causa da larga variação entre os pacientes e a dificuldade de se desenhar um estudo clínico. Para Jamileh (2003), a remoção profilática de dentes retidos com vistas a evitar doenças futuras ou apinhamentos dentais não é aceita por esta fundamentada em limitadas evidências científicas.

DISCUSSÃO

Dentre os autores que defendem a exérese profilática de terceiros molares retidos a possibilidade de haver o desenvolvimento associado de lesões patológicas é um dos principais pontos de destaque (LEONARD 1992; CURRAN, DAMM, DRUMMOND 2002; LOPES, GURGEL, LIMA 2003). *Os que contra-indicam afirmam que a incidência é baixa, logo, a exérese profilática indicada para todos os pacientes com o intuito de se evitar a instalação destes agravos não seria justificada, como relata Bishara (1999) em seu trabalho. Para Daley (1997), os terceiros molares são dentes normais, não patológicos, a sua presença nos maxilares não é indicação de condição patológica em pacientes de qualquer idade.*

Muito embora não sejam de grande frequência (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2004), as alterações, sejam elas inflamatório-infecciosas, císticas ou tumorais, passíveis de acometerem estes dentes, merecem atenção por parte do profissional, devido ao alto grau de morbidade, inclusive com possibilidade de haver déficit permanente à vida do paciente (LEONARD 1992). Curran, Damm, Drummond (2002), mostraram em seu estudo que as patologias que se desenvolvem em associação à estes dentes podem ser de grande valor, inclusive podendo predispor ao desenvolvimento de alterações malignas.

Peterson et al (1992) afirmaram que a

remoção profilática deixaria de ter valor quando se analisasse pacientes em idade adulta, com mais de 30 anos, pois acreditavam que o risco de instalação de patologias associadas fosse mínimo e o risco cirúrgico alto. Em contra-partida, no amplo estudo de Curran, Damm, Drummond (2002), a idade média onde foram encontradas alterações patológicas associadas a dentes retidos foi de 37,2 anos. Este dado confirma que as alterações patológicas podem ocorrer em pacientes já em idade adulta avançada, e que neste momento a exérese seria bastante dificultada, como afirma Gomes (2001), Ventä, Ylipaavalniemi, Turtola (2004), Ventä (2004) e poderiam trazer complicações pós-operatórias significativas ao paciente como descrito por Bui, Seldin, Dodson (2003) e Fuselier, Ellis III, Dodson (2002). O estudo de Lopes, Gurgel, Lima 2003 apresenta maior associação de entidades patológicas à dentes retidos entre 51 e 60 anos de idade.

Os estudos que acompanham o processo de evolução dos molares inferiores afirmam que, mesmo aqueles que encontram-se retidos podem vir a se tornarem erupcionados (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2004). Tal fato é utilizado por alguns autores para contra-indicar a intervenção cirúrgica profilática, pois os mesmos acreditam que com o tempo o dente poderia vir a uma posição mais favorável à exérese com menores riscos de complicação cirúrgica e menores gastos operatórios (VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLO 2001). Porém, para Peterson et al (2000), Richardson (1998), Liedke (1977), Verri (1973), a mais importante causa individual da impacção do terceiro molar é a ausência de espaço. No entanto, mesmo quando o espaço é adequado a erupção não esta garantida.

Desta forma, monitorando-se o desenvolvimento destes dentes até a idade adulta, é possível se comprovar que a exérese estará indicada em muitos casos devido à uma maior predisposição ao desenvolvimento de complicações pela existência

dos dentes retidos, semi-retidos, ou até mesmo erupcionados. E que este procedimento será mais complicado e com maiores riscos do que se realizado no paciente jovem (GOMES 2001; BUI, SELDIN, DODSON 2003; VENTÄ, YLIPAAVALNIEMI, TURTOLA 2004).

Para Chiapasco, Crescentini, Romanoni (1995), a formação completa da raiz esta mais relacionada à ocorrência de lesões nervosas trans-operatórias. Segundo Fuselier, Ellis III, Dodson (2002), a exérese profilática de dentes retidos antes dos 20 anos minimizaria os riscos de fraturas ósseas, tanto por haver um menor volume do dente ainda incompletamente formado, quando devido ao procedimento cirúrgico ser facilitado e com uma menor necessidade de ostectomia.

Alguns autores tem utilizado o argumento de dificuldade cirúrgica para não indicar a exérese de dentes retidos (RICHARDSON 1998, JAMILEH, PEDLAR 2003). Porém, a atual praticidade do ato cirúrgico, os menores custos operatórios e as técnicas modernas de diagnóstico e planejamento cirúrgico minimizam tal dificuldade.

O desconforto pós-operatório imediato com a ocorrência de dores, edemas, sangramentos dentre outros como referenciado por Jamileh, Pedlar (2003) e Mcgrath et al. (2003) é uma ocorrência importante a ser analisada com finalidade de se aperfeiçoar o procedimento cirúrgico. Porém, tal acontecimento não apresenta valor significativo quando comparado ao benefício à longo prazo proporcionado. Para Mcgrath et al. (2003) o desconforto pós-operatório imediato seria uma etapa passageira para se chegar à uma melhora considerável na qualidade de vida a longo prazo.

CONCLUSÃO

Diante da dicotomia existente na literatura quanto à exérese profilática dos terceiros molares retidos baseada na falta de evidência científica. Porém, baseando-se na evidencia clinica da avaliação do

potencial de complicações decorridas da permanencia destes dentes ou da indicação tardia da sua exérese e, da atual praticidade do ato cirúrgico, pode-se concluir que a melhor conduta ainda é a remoção destes dentes em idade jovem.

BIBLIOGRAFIA

1. AKAL, U. K., KÜÇÜKYAVUZ, Z., NALÇACI, R., YILMAZ, T., Evaluation of gustatory function after third molar removal. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 33, 2004.
2. BISHARA, S. E., Third molars: a dilemma! Or is it? *Am. J. Orthod. Dentofac Orthop.*, v. 115, n.6, june, 1999.
3. BUI, C. H.; SELDIN, E. B.; DODSON, T. B., Complications after third molar extraction, *J Oral Maxillofac Surg*, v. 61, p. 1379-1389, 2003.
4. CARVALHO, A.C.P., et al., *Dentes inclusos. Ocorrência de extração e de transtornos.* R.G.O., v. 27, n. 4, p. 264-267, out/dez, 1979.
5. CHIAPASCO, M.; CRESCENTINI, M.; ROMANONI, G., *Germectomy ordelay removal of mandibular impacted third molars: The relationship between age and incidence of complications.*, *J Oral Maxillofac Surg*, v. 53, p. 422-423, 1995.
6. CURRAN, A. E.; DAMM, D. D.; DRUMMOND, J. F., *Pathologically significant pericoronar lesions in adults: histopathologic evaluation*, *J Oral Maxillofac Surg*, v. 60, p. 613-617, 2002.
7. DALEY, T. D., *Extracción profilática del tercer molar: Revision a analisis de la literature.* *Journal de Clinica em Odontologia*, a. 13, n. 1, 1997/1998.
8. FUSELIER, J. C.; ELLIS III, E. E.; DODSON, B., *Do Mandibular Third Molars Alter the Risk of Angle Fracture?* *J Oral Maxillofac Surg*, v. 60, p. 514-518, 2002.
9. GOMES, A. C. A., ***Estudo das lesões nervosas após cirurgia dos terceiros molares inferiores retidos.*** Tese de mestrado – Universidade de Pernambuco, Pernambuco, 2001, 125p.
10. JAMILEH, Y.; PEDLAR, J., *Effect of clinical guidelines*

- on practice for extraction of lower third molars: study of referrals in 1997 and 2000, *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 41, p. 371-375, 2003.
11. KNUTSSON, K. et. al. Judgment on removal of asymptomatic mandibular third molars: influence of position, degree of impaction, and patient's age. *Acta Odontol Scand* v.54, p. 348-354, 1996.
 12. LEONARD, M. S. Removing third molars: a review for the general practitioner. *JADA*, v.123, p. 77-86, 1992.
 13. LIEDKE, E. D., *Prevalência das retenções dentárias, em especial dos terceiros molares inferiores*. R.G.O., n.4, p. 228-229, 1977.
 14. LOPES, L. P. P.; GURGEL, M. V.; LIMA, R. N., **Estudo da prevalência de patologias associadas a dentes retidos**. Trabalho de conclusão de curso – Universidade de Pernambuco, Pernambuco, 2003, 76p.
 15. MCGRATH, C.; COMFORT, M. B.; LO, E. C. M.; LUO, Y., *Can Third Molar Surgery Improve Quality of Life? A 6-Month Cohort Study*, *J Oral Maxillofac Surg*, v. 61, p. 759 – 763, 2003.
 16. NOGUEIRA, A. S., *Considerações gerais sobre dentes inclusos*, In: _____. **Abordagem contemporânea dos dentes inclusos – Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico ortodôntico**, São Paulo, Santos, Cap 1, p. 3 - 10, 2004.
 17. PETERSON, L. J., et al **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Traduzido por Wladimir Cortezzi et al, 3ª. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*.
 18. PETERSON, L. J., et al,. *Rationale for removing impacted teth: When to extract or nat to extract*. *JADA*, p. 198-204, jul, 1992.
 19. POESCHL, P. W, ECKEL, D.; POESCHL, E., *Postoperative prophylatic antibiotic treatment in third molar surgery – A necessity?* *J Oral Maxillofac Surg*, v. 62, p. 3 – 8, 2004.
 20. RENTON, T.; MCGURK, M., *Evaluation of factors predictive of lingual nerve injury in third molar surgery*. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 39, p. 423-428, 2001.
 21. RICHARDSON, M. E., *O terceiro molar: uma perspectiva ortodôntica.*, *Rev Dent Press Ortodont Ortoped Fac*, v. 3, n. 3, maio/junho, 1998.
 22. SANTOS-NETO, S. J.; LUZ, J. G. C.; SANTIAGO, J. L., *Terceiro molar retido. Indicações e benefícios de sua remoção*. *Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*, v. 4, n. 4, out/dez, 1997.
 23. VALMASEDA-CASTELLON, E; BERINE-AYTES, L.; GAY-SCODA, C., *Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: A prospective study of 1117 surgical extractions*, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.92, p. 377-383, 2001.
 24. VENTÄ, I., et al. *Clinical Outcome of Third Molars in Adults Followed During 18 Years*. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 62, p. 182-185, 2004.
 25. VENTÄ, I., YLIPAAVALNIEMI, P.; TURTOLA, L., *Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal*. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 58, p. 288-291, 2001.
 26. VERRI, R.A, *Estudo clínico-radiográfico da incidência de dentes inclusos em 3000 indivíduos*, *Ver. A.P.C.D.*, v. 27, n. 5, p. 274-279, set/out, 1973.

