

AVALIAÇÃO DO GRAU DE ABERTURA BUCAL E DOR PÓS-OPERATÓRIA APÓS A REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES RETIDOS

Evaluation of the Degree of Mouth Opening and Postoperative Pain After Removal of Impacted Lower Third Molars

Recebido em 03/2005
Aprovado em 07/2005

Andréa Sílvia Walter de Aguiar*
Ana Celeste Ximenes Oliveira**
Patrícia Coelho Martins**
Rodrigo Otávio Moraes Freire**

RESUMO

Dor e trismo podem revelar-se como complicações pós-operatórias comuns advindas da cirurgia de remoção de terceiros molares inferiores. A pesquisa teve como objetivo principal avaliar o grau de abertura bucal e dor pós-operatória em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores em uma Clínica de Cirurgia Buco-Dental de Adultos (CBDA), no Centro Especializado em Odontologia – Centro, Fortaleza, em 2004. Os dados foram coletados mediante três instrumentos de pesquisa e analisados estatisticamente. Dentre os resultados mais relevantes, destacamos a presença de vários graus de limitação de abertura de boca e dor pós-operatória. Ainda, pudemos concluir que a sintomatologia dolorosa pós-operatória tem um caráter subjetivo; contudo há necessidade de ampliarmos o estudo para este adquirir validade externa.

Descritores: Terceiro molar/cirurgia. Trismo/etiologia. Dor pós-operatória/etiologia.

ABSTRACT

Pain and trismus can be common postoperative complications of third molar surgery. The main purpose of the present study was to evaluate the degree of mouth opening and postoperative pain in patients submitted to the extraction of lower third molars in an adult oral surgery clinic (CBDA) in the Specialized Dentistry Center in Fortaleza in 2004. The data was analyzed using statistical software. Among the most important results the presence of various degrees of mouth opening limitation and postoperative pain are highlighted. In addition, it was possible to conclude that postoperative pain symptomatology is subjective in nature. However, to acquire external validity the study needs to be extended.

Descriptors: Molar, third/surgery. Trismus/etiology. Pain, postoperative/etiology.

INTRODUÇÃO

Em um estudo realizado por Verri et al. (1973), através de exame radiográfico de 3000 pacientes, constatou-se que retenção dental correspondeu a 8,16% dos casos (360 dentes retidos), sendo os mais frequentes: terceiros molares inferiores, 37,78%; seguindo-se de terceiros molares superiores (20,28%);

caninos superiores (16,94%); dentes supranumerários (11,39%) e outros dentes em porcentagens menores.

A cirurgia de terceiros molares inferiores tem se tornado um permanente desafio para a maioria dos profissionais, sendo este o procedimento mais comum na prática de cirurgia buco-maxilo-facial. Quando inclusos, os terceiros molares são

* Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (UFC), Mestre em Saúde Pública – Políticas Públicas de Saúde (UECE), Doutoranda em Odontologia – área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva (FOP/UPE) e Professora das disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Semiologia e Patologia Bucal da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil

** Alunos do 10º Semestre do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

potencialmente capazes de causar transtornos e prejuízos à saúde bucal do indivíduo, risco que justifica a indicação para exodontia (CERQUEIRA et al., 2004, GARCIA et al., 2000, QUEIROZ; LINO, 2001).

Para facilitar o planejamento e a comunicação entre os cirurgiões-dentistas, surgiram algumas classificações dos terceiros molares que permitem a antecipação de possíveis transtornos e a previsão de algumas modificações durante o ato operatório; tais classificações são feitas a partir da análise radiográfica (CENTENO, 1986, HOWE, 1988, PETERSON et al., 2000, SANT'ANA et al., 2000).

As classificações mais utilizadas para retenções dentárias relacionadas aos terceiros molares são: em relação à angulação do dente (George Winter - 1926) e quanto ao grau de impaction (Pell & Gregory - 1933). Segundo Winter, os terceiros molares podem encontrar-se na posição vertical, méso-angular, disto-angular, horizontal ou invertida e ainda lingual ou labial; enquanto que para Pell & Gregory, o grau de impaction de terceiros molares dependerá de sua profundidade em relação ao plano oclusal do 2º molar inferior (Posição A, B e C) e do diâmetro méso-distal do dente retido em relação à distância do 2º molar inferior e a borda anterior do ramo (Classe I, II e III). (CENTENO, 1986, DIMITROULIS, 1997, HOWE, 1988, MARZOLA, 1995, MOREIRA, 1991)

Trismo, edema e dor são manifestações pós-operatórias que dependem de uma série de fatores, principalmente relacionados à dificuldade do procedimento cirúrgico envolvido (CERQUEIRA et al., 2004, CHIAPASCO et al., 1993), dentre eles a técnica cirúrgica e a severidade da retenção. Segundo Garcia et al. (1997), a remoção de terceiro molar inferior invariavelmente causa algum grau de dor e trismo. Esses efeitos talvez sejam reflexos da síntese e liberação de prostaglandinas e outros mediadores químicos da dor pela membrana fosfolipídica como resultado da cirurgia.

Neste estudo, tivemos como objetivo principal avaliar o grau de abertura bucal e dor pós-operatória

em pacientes submetidos à remoção de terceiros molares inferiores em uma Clínica de Cirurgia Bucodental de Adultos (CBDA), no Centro Especializado em Odontologia – Centro, Fortaleza, em 2004.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, foram analisados pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores na Clínica de Cirurgia Bucodental de Adultos (CBDA), no Centro Especializado em Odontologia (CEO) – Centro, em Fortaleza, entre os meses de julho e setembro de 2004. Foram avaliados indivíduos a partir de uma amostra de conveniência, composta por quarenta pacientes consecutivos, portadores de terceiros molares inferiores, e os pacientes eleitos para o estudo obedeceram a alguns critérios de inclusão: portadores de dentes terceiros molares inferiores direitos (48) e/ou terceiros molares inferiores esquerdos (38) que não apresentassem quaisquer alterações sistêmicas que contraindicassem o procedimento cirúrgico, alfabetizados para adequada aplicação do instrumento de pesquisa de dor e que aquiescessem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais. O presente estudo foi cadastrado no Núcleo de Pesquisas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 04.217.

Os dados foram coletados mediante instrumentos previamente construídos para anotações de dados de identificação do paciente: nome, endereço, sexo, idade, status ocupacional e educacional; dados acerca do dente e procedimento especificamente – classificação de Pell & Gregory e Winter, técnica operatória utilizada – I, II ou III (com ou sem osteotomia e/ou odontosecção), duração do ato operatório, complicações transoperatórias, prescrição de fármacos e orientações pós-operatórias e grau de abertura bucal - mensurado mediante uma

régua flexível, envolta em PVC, por questões de biossegurança para cada paciente. A medida foi realizada antes do ato operatório e no 7º dia de pós-operatório. Foi solicitado que o paciente executasse sua abertura bucal máxima, quando foi medida, em milímetros a distância entre os bordos incisais dos incisivos centrais superiores e inferiores do paciente. Na ausência de uma ou ambas unidades dentárias, a medição foi realizada nos incisivos laterais.

Para avaliação da dor, foi aplicado, no 7º dia de pós-operatório, o Questionário de Dor McGill, desenvolvido por Melzack e Togerson, em 1971, que consiste de 102 adjetivos organizados em grupos: sensorial-discriminativo, afetivo-motivacional e avaliativo (HIGH et al 13, 1988). Para o presente estudo, foi utilizado o questionário já adaptado e validado para língua portuguesa (PIMENTA & TEIXEIRA, 1997). Nesta mesma oportunidade, também foi aplicada uma Escala de Avaliação Numérica (Numerical Rating Scale), que é uma linha simples de 10cm, dividida em dez partes iguais numeradas de 0 a 10. É um instrumento simples e sensível, capaz de reproduzir, através de um valor numérico, a severidade da dor experienciada pelo indivíduo (ALMEIDA, 2000). O paciente foi instruído para que 0 (zero) indicasse ausência de dor e que 10 (dez) indicasse a pior intensidade de dor. (SRIWATANAKUL et al., 1982; HIGH et al., 1988).

Os dados coletados foram consolidados e analisados através do software SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.0 for Windows, Chicago, Estados Unidos da América (EUA). Os intervalos de confiança (95%) foram calculados para o estudo de prevalência, e o teste de qui-quadrado foi utilizado para avaliar as relações entre dor e grau de abertura bucal e as variáveis de classificação de posição dos terceiros molares inferiores, técnica operatória, orientações pós-operatórias, e $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados da pesquisa em questão, 75% (n=30) dos pacientes corresponderam ao sexo feminino, enquanto que os homens perfilam um total de 10 indivíduos, concordando com outros autores, como ZORZETTO et al.(2000) e GARCIA et al. (2000), em que seu estudo realizado em 507 pacientes, em que 65,84% das inclusões dentárias foram encontradas em mulheres, o que se pode relacionar com a característica intrínseca do sexo feminino de mais zelo com a saúde e preocupação com a imagem.

As idades dos pacientes variaram de 13 a 43 anos, com uma média de 19 anos ($DP \pm 5,49$), sendo que a idade de 22 anos foi a mais prevalente. Quando analisadas em que faixas etárias foram encontradas as maiores prevalências de retenções dentárias, detectamos que dos 16 a 20 anos, 18 pacientes (45%) apresentavam algum tipo de retenção dentária, seguida daqueles que tinham de 21 a 30 anos (n=17). Estes dados são semelhantes àqueles encontrados por CHIPASCO (1993), GARCIA et al. (2000), ZORZETTO et al. (2000) e SANTANA et al. (2000), na qual a maior faixa etária para remoção de terceiro molar inferior corresponde à idade entre 18 a 24 anos.

Segundo PETERSON et al., (2000), a posição méso-angular é a de maior prevalência, acometendo cerca de 45% dos dentes retidos. No entanto, na amostra em questão, a posição de Winter méso-angular corresponde a, apenas, 30% (n=12) dos dentes removidos, sendo a maior prevalência na posição vertical, correspondendo a 40% (n=16). Estes dados concordando com SANTANA et al (2000), ZARDO et al (1997) e FREIRE FILHO (2001). Em relação ao grau de retenção de Pell & Gregory, a grande maioria da amostra inseriu-se na Classe I (85%) e na posição A (82,5%), seguindo-se pela Classe II (15%) e posição B (12,5%), e, finalmente, na posição C (5%). Dados que se confrontam com os obtidos por ZORZETTO et al. (2000), no qual de uma amostra de 74 casos a totalidade quase absoluta encontrava-se em Classe II

(78,72%), 21,8% em Classe I, e a Classe III não esteve presente, coincidente com os dados obtidos nesta pesquisa na qual também não foi encontrado nenhum caso de classe III. (Tabela 1)

	Dente 38	%	Dente 48	%	Total
Classe I	14	93,3	20	80,0	34
Classe II	1	6,7	5	20,0	6
Classe III	-	-	-	-	-
Total	15	100	25	100,0	40
Posição A	10	66,7	23	92,0	33
Posição B	3	20,0	2	8,0	5
Posição C	2	13,3	-	-	2
Total	15	100,0	25	100,0	40

Tabela 1 – Frequência de retenção dentária, de acordo com a classificação de Pell&Gregory, CEO-Centro, 2004.

Não houve padronização específica quanto à técnica operatória empregada, em que a manobra de uso ou não de osteotectomia e/ou odontosseção ficaram a critério dos operadores. O fato de terem sido vários operadores diferentes contraria alguns autores que preconizam a execução do ato operatório pelo mesmo cirurgião, no entanto parece não ter influência significativa nos resultados, já que todos eram cirurgiões buco-maxilo-faciais com o mesmo nível de habilidade (ABSÍ; SHEPERD, 1993 apud ZORZETTO et al, 2000).

A maioria das cirurgias foi realizada através da técnica III, em 65% (n=25), em que a osteotectomia foi uma manobra operatória comum, visto que, em 22 unidades dentárias (52,5%), foi realizada com brocas cirúrgicas, e o restante, com escopros e martelo, dado este que retrata a preferência dos cirurgiões-dentistas pelas brocas cirúrgicas. O ato de odontosseção também foi comumente observado em 40% dos casos, em que o uso da broca cirúrgica também se deu de forma elevada, quando comparada com a utilização de escopros, 32,5% e 7,5%, respectivamente.

Grau de abertura bucal

Segundo Howe (1995), o trismo total ou a incapacidade de abrir a boca pode estar presente no pré-operatório devido à artrite traumática das articulações têmporomandibulares, ao espasmo muscular, complicando os procedimentos cirúrgicos orais, podendo ser causado em decorrência do hematoma ou inflamação dos tecidos moles no pós-operatório, ou ainda, por um espasmo muscular reflexo através de um processo inflamatório, após remoção de terceiros molares inferiores (BOER et al., 1995; NØRHOLT et al., 1998).

A distância interincisal (DI) tem sido utilizada como uma medida de trismo mandibular em vários estudos. Em nosso estudo, a DI pré-operatória variou de 33 a 65mm (DP±6,58), cuja DI média foi de 45,25mm. A DI pós-operatória variou de 14 a 61 (DP±10,16), e a média foi de 35mm. Para melhor analisar os dados, também categorizamos a limitação de abertura de boca em cinco graus, a partir da diferença entre a DI pré-operatória e a DI pós-operatória, a saber: grau I (de 1 a 5 mm), grau II (de 6 a 10mm), grau III (de 11 a 20), grau IV (de 21 a 30) e grau V (mais de 31mm).

Ao analisarmos os dados, constatamos que em sete pacientes (17,5%), a DI pós-operatória foi igual ou superior à DI pré-operatória, e que, portanto, referenciamos estes pacientes como sem qualquer limitação de abertura de boca. Destes, houve três casos (7,5%) em que a DI pós-operatória foi maior que a DI pré-operatória, o que se deveu, provavelmente, ao processo inflamatório e/ou infeccioso que pudesse estar associado ao dente a ser removido. Contudo, não podemos asseverar tal assertiva devido à ausência de dados referidos.

Como podemos visualizar a grande maioria dos pacientes enquadra-se no grau I de limitação de abertura bucal, correspondendo a 32,5%, e apenas 15% corresponde ao grau IV de limitação de abertura bucal. (Gráfico 1)

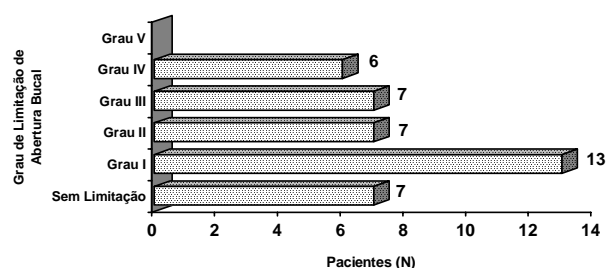


Gráfico 1 – Grau de limitação de abertura bucal – CEO-Centro, 2004.

Escala de Avaliação Numérica da Dor

A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam (DYM; OGLE, 2004, FERREL; SCHNEIDER, 1988). A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais, como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado (MELZACK; KATZ, 1994).

A intensidade da dor foi assinalada em uma escala analógica variando de 1 a 10, categorizada em leve (de 0 a 3), moderada (de 4 a 7) e severa (de 8 a 10). Quando verificamos a escala de dor e o grau de retenção do dente retido, segundo a classificação de Pell & Gregory no que diz respeito ao bordo anterior da mandíbula, podemos observar que a minoria dos pacientes (n=9) classificou sua dor como moderada. Quinze pacientes enquadraram-se em uma escala leve de dor, porém destes, em 14 indivíduos os dentes estavam em Classe I (93,3%) e um, em Classe II. Finalmente, quinze indivíduos classificaram sua dor pós-operatória como severa, em que 12 unidades dentárias encontravam-se em Classe I, e três, em Classe II. Quanto ao grau de profundidade, quinze pacientes relataram dor leve (Posição A = 12 e Posição B = 3); nove relataram dor moderada (Posição A = 7 e Posição B = 9) e quinze, dor severa (Posição A = 13 e Posição C = 2). Ao fazermos os testes estatísticos, não detectamos associação entre estas variáveis (grau de retenção e

dor), e, portanto, não podemos inferir que exista relação direta entre o grau de retenção e a dor pós-operatória. (Tabela 2)

	Classe I	Classe II	Classe III	Total
Leve	14	1	-	15
Moderada	7	2	-	9
Severa	12	3	-	15
Total	33	6	-	39
	Posição A	Posição B	Posição C	Total
Leve	12	3	-	15
Moderada	7	2	-	9
Severa	13	-	2	15
Total	32	5	2	39

Tabela 2 – Relação da intensidade da dor pós-operatória e classificação de Pell&Gregory – CEO-Centro, 2004.

Em relação à posição de Winter, a maioria dos pacientes analisados teve seus terceiros molares inferiores classificados na posição vertical, o que, teoricamente, implicaria mais facilidade no ato cirúrgico e, conseqüentemente, menos dor pós-operatória, o que, no entanto, na análise da tabela 3, não foi confirmado.

	Vertical	MA*	DA*	Horizontal	Total
Leve	5	4	-	6	15
Moderada	4	3	-	2	9
Severa	7	5	-	3	15
Total	16	12	-	11	39

*MA – méso-angular, DA – disto-angular

Tabela 3 – Relação da dor pós-operatória e classificação de Winter – CEO-Centro, 2004.

Assim, em relação aos dentes tidos como cirurgicamente mais complexos cuja propriedade de provocar dor pós-operatória seria maior, não foram confirmados com estes dados, pois, em seis unidades dentárias na posição horizontal, o grau de dor referido pelo paciente foi leve. Em contraponto, apenas três relataram dor severa, não caracterizando, desta forma,

relacionamento direto entre posição de Winter e dor pós-operatória.

Em se tratando da relação entre técnica operatória utilizada e grau de dor pós-operatória, concluiu-se que a dor não está diretamente relacionada à complexidade da técnica. Dos 15 pacientes submetidos à técnica II, 30,76% dos casos, seis pacientes relataram dor severa, dois indivíduos, dor moderada e quatro pacientes asseveraram dor leve. Por fim, dos 25 pacientes que se submeteram à remoção de terceiros molares pela técnica III, onze afirmaram ter tido dores grau leve, sete grau moderado e sete grau severo.

Ao realizarmos a tabela 2x2 entre o grau de limitação de abertura bucal e o grau de dor pós-operatória, detectamos uma associação significativa. ($p < 0,05$), em que, à medida que o grau de dor agravava, havia uma diminuição na abertura bucal, quando aplicamos o teste Qui-quadrado bi-caudal. Dos quarenta pacientes avaliados, apenas um não informou o grau de dor analisado pela escala analógica de dor. (Tabela 4).

Grau de Limitação	Escala Analógica de Dor			Total
	Leve	Moderada	Severa	
Sem Limitação	5	1	1	7
Grau I	5	3	4	12
Grau II	-	-	7	7
Grau III	2	4	1	7
Grau IV	3	1	2	6
Grau V	-	-	-	-
Total	15	9	15	39

Tabela 4 – Frequência do grau de limitação de abertura de boca e escala analógica de dor – CEO-Centro, 2004

Questionário de Dor da McGill

A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. O conceito de dor como um fenômeno diretamente relacionado à extensão da lesão tecidual foi preponderante até a década de 60 (TEIXEIRA, 1988). Esta é a razão pela qual os primeiros

trabalhos sobre avaliação da dor mediam, exclusivamente, sua intensidade. O questionário de Dor McGill é uma escala multidimensional de avaliação de dor, pois enfatiza a importância das três dimensões da dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa (MELZACK, 1975; MELZACK; TORGERSON, 1971).

Dentre os resultados mais relevantes desse questionário, podemos asseverar que, na categoria sensorial, o adjetivo mais preponderante foi "latejante", seguido de "dolorida" e "amedrontadora". Na categoria afetiva, a dor foi categorizada como "pontada", seguida de "sensível"; e na categoria avaliativa o adjetivo "cansativa" foi a mais preponderante, e a dor foi percebida, igualmente, como "agulhada" e "enlouquecedora" e na categoria miscelânea, a dor como uma entidade mórbida "que incomoda" foi a mais citada.

Segundo Camparis et al. (2002), o estado emocional do indivíduo pode afetar profundamente a sua percepção da dor; se o paciente está calmo e confiante, a experiência é minimizada; se estiver excitado, irritado ou agitado, a experiência de dor é aumentada. Todas as dores, sejam elas somáticas ou neuropáticas, são influenciadas por fatores psicológicos.

CONCLUSÕES

A análise dos dados nos levou a concluir que algum grau de limitação de abertura bucal pós-operatória foi observado na grande maioria dos pacientes analisados; sendo, desta forma, uma seqüela comum a cirurgia de terceiro molar e encontramos uma associação significativa ($p < 0,05$), em que o grau de limitação de abertura bucal Grau IV tinha forte associação com o grau severo de dor pós-operatória. Além disso, ratificamos a suspeita do grande caráter subjetivo e individual da dor, não estando esta associada a causas orgânicas reais, embora manifestando-se fisiologicamente por ação psicossomática. Desta forma, julga-se fundamental

a formação de cirurgiões com características mais humanitárias, capazes de garantir maior conforto emocional ao paciente no pré e trans-operatório, refletindo-se um pós-operatório mais tranqüilo e com menos seqüelas. Estes achados nos ajudaram a elucidar a relação de trismo mandibular e dor pós-operatória, quando da remoção de terceiros molares inferiores e nos chamou a atenção para a necessidade de mais estudos acerca desta temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. M. Sugestão de um protocolo farmacológico para o controle da dor decorrente da exodontia de terceiros molares mandibulares inclusos. **Rev. paul. odontol.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 10-16, 2000.

BOER, P. J. et al. Complications after mandibular third molar extraction. **Quintessence Int.**, Berlin, vol. 26, n. 11, p. 779-784, 1995.

CAMPARIS, C. M. et al. **A psicologia da dor: Aspectos de interesse do cirurgião-dentista.** Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=138&idesp=2&ler=s>>. Acesso em: 20 out. 2004.

CENTENO, G. A. R. Exodontia dos dentes retenidos. In:_____. **Cirurgia bucal: patologia, clinica y terapeutica.** 9. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1986. Cap. 12: p. 211-319

CERQUEIRA, P. R. F. V.; VASCONCELOS, B. C. E. ; BESSA-NOGUEIRA, R. V. Comparative study of the effect of a tub drain in impacted lower third molar surgery. **J. oral maxillofac. surg.**, Philadelphia, vol. 62, p. 57-61, 2004.

CHIAPASCO, M.; DE CICCIO, L.; MARRONE, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. **Oral surg. oral med. oral pathol.**, St. Louis, vol. 76, p. 412-420, 1993.

DIMITROULIS, G. **A synopsis of minor oral surgery.** Oxford: Wright, 1997. 243 p.

DYM, H.; OGLE, O. E. **Atlas de cirurgia oral menor.** São Paulo: Santos, 2004.

FERRELL, B. R.; SCHNEIDER, C. Experience and management of cancer pain at home, **Cancer nurs.**, New York, vol. 11, no. 2, p. 84-90, 1988.

FREIRE FILHO, F. W. **Estudo ortopantomográfico dos terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos e sua relação com radiolucidez pericoronária.** 105 f. 2001. Dissertação (mestrado) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2001.

GARCIA, A. G. et al. Trismus and pain after removal of impacted lower third molar. **J. oral maxillofac. surg.**, Philadelphia, vol. 55, p. 1223-1226, 1997.

GARCIA, R. R. et al. **Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores, segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter.** **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, v. 5, n. 2, p. 31-36, 2000.

HIGH, A. S. et al. A gnathodynamometer as an objective means or pain assessment following wisdom tooth removal. **Br. j. oral maxillofac. surg.**, Edinburgh, vol. 26, p. 284-291, 1988.

HOWE, G. L. **Cirurgia Oral Menor.** 3. ed. São Paulo: Santos, 1988. 429 p.

QUEIROZ, R.R.; LINO, A. P. Estudo de métodos de diagnóstico indicativos de extrações de terceiros molares inferiores. **Rev. paul. odontol.**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2001

MARZOLA, C. **Retenção dental**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995. 286 p.

MELZACK, R.; KATZ, J. Pain measurement in persons in pain. In: WALL, P.D.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. 3rd. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994. Chap. 18, p. 337-351.

MELZACK, R.; TORGERSO, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, Philadelphia, vol. 34, no. 1, p. 50-59, 1971.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, Amsterdam, vol. 1, no. 3, p. 277-299, 1975.

MOREIRA, J.G.C. Cirurgia dos dentes retidos. In: COLOMBINI, N.E.P. **Cirurgia maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face**. São Paulo: Pancast, 1991. Cap. 9, p. 175-194,

NØRHOLT, S. E. et al. Evaluation of trismus, bite force and pressure algometry after third molar surgery: A placebo: controlled study of Ibuprofen. **J. oral maxillofac. surg.**, Philadelphia, vol. 56, p. 420-429, 1998.

PETERSON, L. J. Normas de conduta em dentes impactados. In: PETERSON, L. J. (ed.). **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap. 9, p. 214-247.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. A proposta de adaptação do questionário de Dor McGill para a Língua Portuguesa. **Rev. bras. anesthesiol.**, v. 47, n. 2, p. 177-186, mar./abr. 1997.

SANT'ANA, E.; FERREIRA JÚNIOR, O.; PIZAN, C. R. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos; **BCI Rev. bras. cir. implant.**, Curitiba, v. 7, n. 27, p. 42-45, 2000.

SRIWATANAKUL, K. et al. The quantification of pain: an analysis of words used to describe pain and analgesia in clinical trials. **Clin. pharmacol. ther.**, St. Louis, vol. 32, p. 143, 1982.

TEIXEIRA, M. J. Tratamento neurocirúrgico da dor. In: RAIA, A. A.; ZERBINI, E. J. **Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1988. p. 541-572.

VERRI, V. A. et al. Estudo clínico-radiográfico da incidência dos dentes inclusos em 3000 indivíduos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 274-279, set./out. 1973.

ZARDO, M. et al. Avaliação clínica e radiográfica de terceiros molares em acadêmicos do curso de Odontologia da UEPG. **Odontol. mod.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 6-8, 1997.

ZORZETTO, D. L. G. et al. Cirurgia de terceiros molares inferiores retidos. **Rev. gauch. odontol.**, Porto Alegre, v. 2, p. 102-108, 2000.