

TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES E A CLASSIFICAÇÃO DE PELL-GREGORY: UM ESTUDO RELACIONAL

Relationship between the Surgical Technique for Extracting Lower Third Molars and Pell-Gregory Classification

*Airton Charles Chaves Júnior**
*Ana Cláudia Lustosa Pereira**
*Bruna Rodrigues Fronza**
*Henrique Telles Ramos de Oliveira**
*Otacílio Luiz Chagas Júnior**
*Tais Somacal Novaes Silva**

Recebido em 02/04/2006
Aprovado em 28/07/2006

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi classificar, através de radiografias panorâmicas, as posições de terceiros molares inferiores, de acordo com a classificação de PELL & GREGORY, relacionando-as com a técnica cirúrgica utilizada para remoção destes. Diante dos resultados obtidos, pôde-se concluir que existe relação entre a posição do terceiro molar inferior e a escolha da técnica cirúrgica a ser empregada; a posição mais frequentemente observada foi a 1A da Classificação de Pell e Gregory e, quanto maior o grau de inclusão dentária, maior a necessidade do emprego de técnica cirúrgica mais invasiva.

Descritores: terceiro molar, dente impactado, classificação, cirurgia.

SUMMARY

The purpose of this paper was to classify the positions of inferior third molars by means of panoramic radiographs according to the Pell-Gregory classification and relate them with the surgical technique used for the removal of these teeth. The results showed a relationship between the position of the inferior third molar and the choice of the surgical technique employed and that the 1A position in Pell-Gregory classification was the one most frequently encountered. Moreover, it was also observed that the greater the degree of dental impactation, the greater the need for a more invasive technique.

Descriptors: Third molar, impacted tooth, classification, surgery.

INTRODUÇÃO

Os dentes não irrompidos são aqueles que não aparecem na cavidade bucal dentro da cronologia normal de irrupção, recebendo denominações, como inclusos ou impactados (ALVARES; TAVANO, 1993).

Um dente impactado é aquele que não consegue irromper dentro do tempo esperado até a sua posição normal na arcada. A impacção ocorre, porque a

irrupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por um denso revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole sobreposto. Já o termo dente incluso abrange tanto os dentes impactados quanto os dentes em processo de irrupção (PETERSON et al., 1996).

Quando houver indicação para remoção cirúrgica dos dentes inclusos, é necessário o correto planejamento da intervenção, que varia de acordo com

* Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em CTBMF, Doutorado, FO-PUCRS.

a posição do dente não erupcionado. Para facilitar o planejamento, surgiram alguns sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos, feitos a partir da análise radiográfica, que permitem a previsão de possíveis transtornos no transoperatório, fornecendo possibilidades de escolha da melhor técnica cirúrgica a ser empregada, contribuindo, para um melhor pós-operatório do paciente (ALVARES; TAVANO, 1993; PETERSON et al., 1996, CENTENO, 1964; HOWE, 1988).

Existe relação entre a posição dos terceiros molares inferiores classificados de acordo com Pell e Gregory (1942) e a escolha da técnica cirúrgica utilizada para remoção destes?

O objetivo deste trabalho foi classificar, através de radiografias panorâmicas, as posições de terceiros molares inferiores, de acordo com Pell e Gregory (1942) e relacioná-la com a técnica cirúrgica utilizada para a remoção destes.

REVISÃO DA LITERATURA

Dentre todos os elementos dentários, os terceiros molares são os que apresentam maior frequência de inclusão (MERCIER; PRECIOUS, 1992). Isso se deve ao fato de os terceiros molares serem os últimos dentes a completar sua formação e, cronologicamente, os últimos a realizarem o processo de irrupção. Assim, ficam susceptíveis à falta de espaço no arco dentário e, conseqüentemente, à inclusão dentária (PETERSON, 1993).

O crescimento da caixa craniana em detrimento dos maxilares, a dieta cada vez menos exigente do aparelho estomatognático, a consciência de uma Odontologia Preventiva, em que o paciente não mais sofra mutilações em seu período de infância e adolescência e adentra à idade adulta com todos os elementos dentários no arco, são alguns dos motivos desencadeantes da inclusão dentária.

Quando inclusos, os terceiros molares são potencialmente capazes de causar transtornos e prejuízos à saúde bucal do indivíduo, risco que se transforma

em indicação para exodontia. Exemplos dessa indicação são a prevenção de doença periodontal, pericoronarite, reabsorção radicular de dentes adjacentes, desenvolvimento de cistos e tumores e auxílio no tratamento ortodôntico. (PETERSON, 1993; KNUTSSON et al., 1996).

Uma vez indicada a extração de dentes inclusos, é fundamental a realização de um planejamento cirúrgico embasado nos exames físicos e radiográfico. Através do exame clínico, obtêm-se dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, e o nível de complexidade e de dificuldade operatória é analisado no exame radiográfico. Assim, realiza-se o cuidadoso planejamento do ato cirúrgico, prevenindo possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório, muitas vezes relacionadas à posição e à localização do dente incluso.

As classificações dos dentes inclusos são feitas a partir da análise radiográfica (ALVARES; TAVANO, 1993, PETERSON et al., 1996, CENTENO, 1964; HOWE, 1988) e, na grande maioria das vezes, utilizam-se radiografias panorâmicas, em que se é possível visualizar corretamente o longo eixo do segundo molar, o ramo ascendente da mandíbula e o nível ósseo que servem como parâmetros.

Segundo Silveira e Beltrão (1998), exodontia com alavancas é a técnica exodôntica, na qual empregamos estes instrumentos para a luxação e/ou avulsão de dentes ou de raízes remanescentes. Indica-se para dentes, raízes ou seus ápices, com configuração anatômica normal e que possuam um adequado ponto de apoio para a introdução de alavancas. Contra-indica-se, quando houver corticais rígidas em presença de peças dentárias frágeis, em exodontias de dentes isolados na tuberosidade ou na mandíbula de idosos.

Exodontias com osteotomia é a técnica cirúrgica empregada em que, previamente à luxação dentária, se realiza a incisão e a divulsão do retalho mucoperiosteal e osteotomia alveolar

preferencialmente na cortical óssea vestibular. Esta técnica na literatura é reconhecida, também, como exodontia por via não alveolar, alveolectomia ou ostectomia, cirúrgica, com retalho, técnica terceira, método aberto, dentre outras. Esta técnica, via de regra, é empregada, quando todas as outras citadas anteriormente não obtiveram sucesso na exodontia. Geralmente é indicada em exodontias múltiplas; em presença de lesão apical extensa; necessidade de alveoloplastia imediata; dentes isolados na tuberosidade e mandíbula de pacientes idosos; em dentes com extensa destruição coronária; dentes com alteração anatômica das raízes; corticais ósseas rígidas; dentes sem apoio inicial para fórceps ou alavancas; ápices próximos ao seio maxilar; em pacientes com estado emocional alterado (pelo histórico de exodontias traumáticas, demoradas, pois nesta técnica, emprega-se menor força para luxação); dentes anquilosados, dentre outras situações.

Na atualidade, a odontosseção pode ser considerada uma técnica exodôntica, embora, muitas vezes, tenhamos que empregar a odontosseção no decurso de outras técnicas exodônticas, o que, geralmente, ocorre por falha no planejamento cirúrgico ou inexperiência profissional, pois, cada vez mais, o cirurgião-dentista se convence de que a odontosseção não é perda de tempo e desnecessária, pois começa a observar que é exatamente ao contrário, ou seja, em vez de ficar horas a tentar extrair um dente polirradicular de difícil remoção, parte para a separação das raízes, facilitando a remoção deste dente, evitando traumatismos físicos e psíquicos ao paciente.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida dentro do paradigma tradicional, tendo uma abordagem descritiva comparativa relacional (ENGERS, 1994).

Foram avaliados os prontuários dos pacien-

tes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores no Serviço de CTBMF da ABCD – Balneário de Camboriú, no período entre agosto de 2003 a junho de 2005.

Destes foram selecionados, apenas, os prontuários dos pacientes na faixa etária entre 16 e 36 anos, cujos terceiros molares podiam ser classificados, segundo Pell e Gregory (1942), observado através de radiografia panorâmica e que apresentavam uma descrição detalhada da técnica cirúrgica utilizada.

Do total de dentes avaliados, 220 puderam ser classificados, segundo Pell e Gregory, e esta classificação foi relacionada com a técnica cirúrgica, utilizada para a remoção destes dentes.

Avaliando as radiografias com base na classificação de Pell e Gregory (1942), observou-se a posição dos terceiros molares inferiores em relação à borda anterior do ramo ascendente mandibular e ao plano oclusal, conforme a seguir descrito e representado nas Figuras 1 e 2.

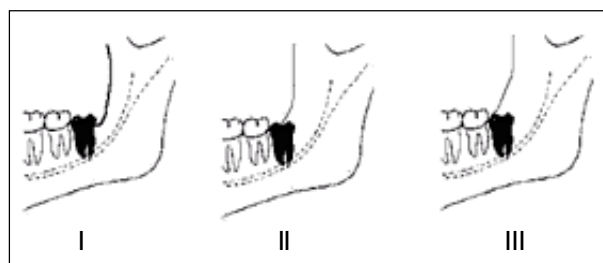
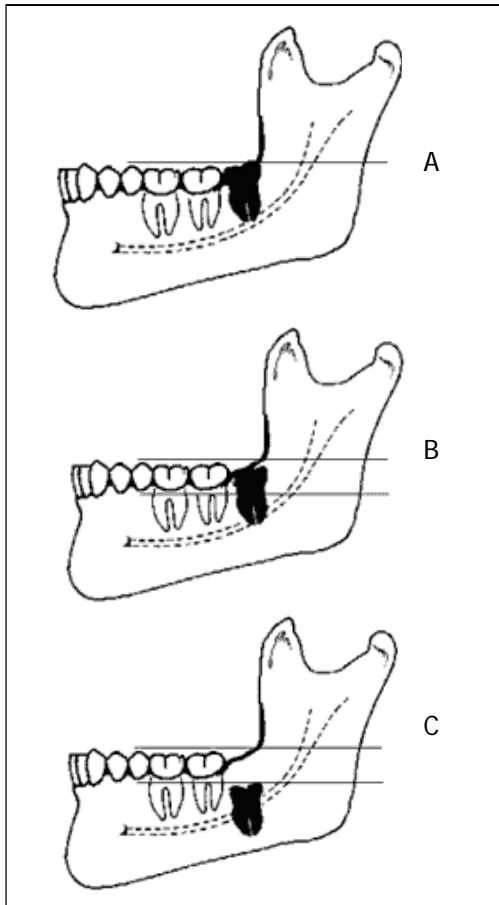


Figura 1

a) Em relação à borda anterior do ramo:

- Classe I: o diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar está totalmente à frente da borda anterior do ramo ascendente da mandíbula.
- Classe II: o espaço entre a borda anterior do ramo e a face distal do segundo molar inferior é menor que o diâmetro mesiodistal do terceiro molar;
- Classe III: não existe espaço entre a borda anterior do ramo e a face distal do segundo molar inferior. Portanto, o terceiro molar está totalmente dentro do ramo ascendente mandibular.



b) Em relação ao plano oclusal:

- Classe A: a superfície oclusal do terceiro molar está no nível ou acima do plano oclusal do segundo molar;
- Classe B: a superfície oclusal do terceiro molar está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar;
- Classe C: a superfície oclusal do terceiro molar está abaixo da linha cervical do segundo molar.

Para determinar, com precisão, se a inclinação é vestibular ou lingual, seria necessária uma radiografia oclusal da mandíbula, por isso se determinou, apenas, a existência da inclinação, sem determinar o sentido.

Foi utilizado o programa SPSS 11.5. empregando-se o teste exato de Fischer com índice de significância $p < 0.001$.

Figura 2

RESULTADOS

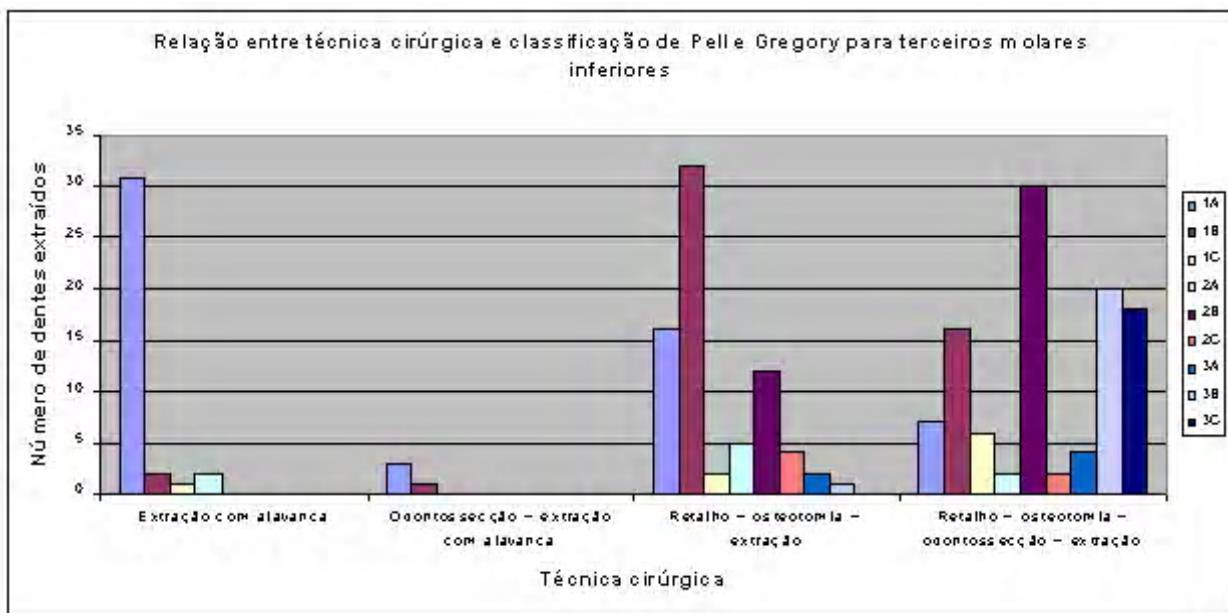


Figura 3 - Número absoluto de terceiros molares inferiores extraídos, relacionando técnica cirúrgica e classificação de Pell e Gregory.

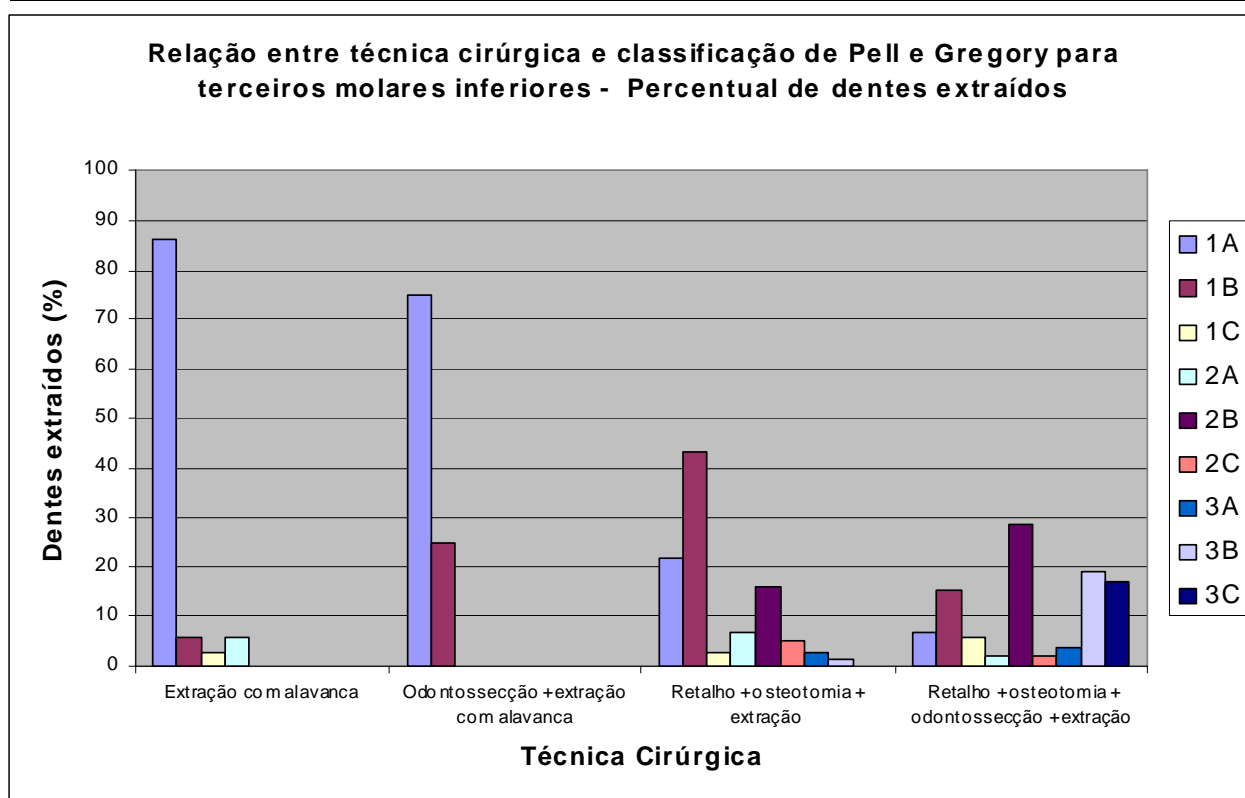


Figura 4 - Percentual de terceiros molares inferiores extraídos, relacionando técnica cirúrgica e classificação de Pell e Gregory.

Teste exato de Fisher	Valor	Monte Carlos Sig. (2-sided)		
		Sig.	Intervalo de Confiança 99%	
			Limite Inferior	Limite Superior
	137.992	0,000 ^a	0,000	0,000

a – $p < 0,001$ (Extremamente significativa).

Tabela 1 - Relação da técnica cirúrgica com a classificação de Pell e Gregory, para extração de terceiros molares inferiores.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos em nossa pesquisa, pudemos observar que é possível estabelecer uma relação entre classificação de Pell e Gregory (1942) e técnica cirúrgica indicada para remoção desses dentes. Isso facilita sobremaneira o trabalho do cirurgião-dentista, já que, ao observar um terceiro molar em uma radiografia panorâmica e classificá-lo, segundo Pell e Gregory (1942), o profissional pode prever o grau de dificuldade a ser encontrado durante o

procedimento cirúrgico e analisar se este pode ser realizado por um cirurgião dentista clínico ou se deve ser encaminhado a um especialista em cirurgia bucomaxilofacial. Concordamos com Garcia et al. (2000) quando afirmam que a posição dos terceiros molares é um dado importantíssimo em um planejamento cirúrgico, porque, desta forma, se determinam os passos da cirurgia assim como o grau de dificuldade desta, além de evitar acontecimentos inesperados

durante o ato cirúrgico como fraturas da mandíbula.

O exame radiográfico panorâmico utilizado neste trabalho para a classificação dos terceiros molares também foi preconizado por Sasano et al. (2003) para a mesma finalidade, já que é um exame que permite a visualização correta do longo eixo do segundo molar, do ramo ascendente da mandíbula e do nível ósseo que servem como parâmetros.

Concordamos com Peterson (2000), por considerar a classificação de Pell e Gregory(1942) bastante interessante, do ponto de vista de avaliação cirúrgica no que concerne à remoção de osso no sentido anterior e posterior. É uma classificação que se preocupa em relacionar o dente incluso, considerando a profundidade no osso e o espaço existente entre a distal do segundo molar e o ramo mandibular.

A presente pesquisa nos permitiu detectar a frequência das posições em que os terceiros molares se encontram e foi possível confirmar que a posição 1A da Classificação de Pell e Gregory(1942) foi a mais observada, o mesmo tendo sido encontrado por Vasconcelos et al. (2002).

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos, podemos afirmar que:

- Existe relação entre a posição do terceiro molar inferior e a escolha da técnica cirúrgica a ser empregada.
- A posição mais frequentemente observada foi a 1A da Classificação de Pell e Gregory(1942).
- Quanto maior o grau de inclusão dentária, maior a necessidade do emprego de técnica cirúrgica mais invasiva.

REFERÊNCIAS

ALVARES, L. C.; TAVANO, O. Interpretação radiográfica. In:_____. **Curso de radiologia em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1993. cap. 5, p. 198.

CENTENO, G. A. R. **Extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos:** irurgia

Bucal. 6. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1964. Cap.27, p.359-397.

ENGERS, M. E. A. Seminário de Pesquisa Educacional do Curso de Doutorado de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da PUCRS. In:_____. **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação** : notas para reflexão.Porto Alegre : EDIPUCRS, 1994. 111 p.

HOWE, G. L. Conduta com terceiros molares mandibulares impactados. **Cirurgia Oral Menor**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1988. cap.5, p.109-143.

KNUTSSON, K. et al. Asymptomatic mandibular third molar: oral surgeons'judgment of need for extracion. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, 50, n. 4, p. 329-333, 1992.

MERCIER, P.; PRECIOUS, D. Risks and benefits for removal of impacted third molars. A critical review of the literature. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 21, n.1, p. 17-27, 1992.

PELL, G. J.; GEGORY, G. T. Report a ten-year sutdy of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. **Am J Orthod**, v. 28, p. 660, 1942.

PETERSON, L. J. et al. **Contemporary oral and maxilofacial surgery**. 2.ed. New York: Mosby Inc., 1993.

PETERSON, L. J. et al. Normas de conduta em dentes impactados. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. cap.9, p. 201-232.

VASCONCELOS, R. J. H. et al. Incidência dos terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Rev. Cir. Traum. Buco-Maxilo-Facial**, Recife, v. 2, n. 1, p. 43-7, Jan./Jun. 2002.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Airton Charles Chaves Júnior

Rua Manoel Vieira Garção, 148, apt. 501 - Centro

Itajaí / SC - CEP: 88301-425

Fone: 47-344-6356 / 47-9903-1180 / 51- 9678-9794

E-Mail: airtoncharles@yahoo.com.br