

Princípios bioéticos na cirurgia de terceiro molar incluso em adolescentes e adultos jovens

Bioethics Principles in the Impacted Molar Third Surgery in Adolescents and Young Adults

Recebido em 13/02/2008
Aprovado em 18/06/2008

Gabriela Granja Porto^I
Belmiro C avalcanti do Egito Vasconcelos^{II}
Suzana Célia de Aguiar Soares Carneiro^{III}
César Freire de Melo Vasconcelos^{IV}

RESUMO

OBJETIVO: Há pouca controvérsia sobre o valor de remover os terceiros molares inclusos que causam alterações patológicas ou sintomas severos. No entanto, a remoção profilática tem sido discutida e estudada por muitos anos. O manuscrito objetivou discutir, através de uma revisão bibliográfica ampla, se a remoção profilática de terceiros molares inclusos, diante da evidência científica, é benéfica ou não ao paciente. **MATERIAL E MÉTODOS:** As bases de dados Cochrane, Lilacs e BBO foram consultadas através do portal da bireme e a base de dados MEDLINE (1966-2005) foi consultada através da pubmed. Os artigos foram classificados de acordo com níveis de evidência. **RESULTADO:** Treze artigos que estavam de acordo os níveis de evidência preestabelecidos foram selecionados. **CONCLUSÃO:** Não há estudos de qualidade suficiente que afirmem que a remoção profilática dos terceiros molares é maléfica ou benéfica ao paciente.

Descritores: Bioética, Pacientes, Dente não erupcionado.

^I Aluna do Programa de Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE).

^{II} Professor Adjunto. Coordenador do Programa de Mestrado e Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE).

^{III} Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE).

^{IV} Aluno da Escola Pernambucana de Medicina – FBV/IMIP.

ABSTRACT

PURPOSE: There is no controversy about removal of symptomatic impacted third molars. Therefore the prophylactic removal has been discussed and studied for many years. The manuscript evaluated if prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth is beneficial or not to the patient making a literature review. **MATERIAL AND METHODS:** The Cochrane, Lilacs and BBO databases were searched through the bireme portal and the MEDLINE database (1966-2005) searched by the pubmed portal. **RESULTS:** Thirteen articles were selected according to the preestablished evidence levels. **CONCLUSION:** No evidenced based studies were found to support that prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth is beneficial or not to the patient.

Keywords: Bioethics, patients, Tooth Unerupted.

INTRODUÇÃO

A presença do terceiro molar incluso é freqüente em pacientes adolescentes e adultos jovens. Muitas vezes, a impaction dentária determina dor local, incômodo ou maloclusão dentária o que leva os pacientes a procurarem o Cirurgião Buco-Maxilo-Facial para consulta.

Há pouca controvérsia sobre o valor de remover os terceiros molares inclusos que causam alterações patológicas ou sintomas severos.

No entanto, a remoção profilática tem sido discutida e estudada por muitos anos. Muitas razões são dadas para a exodontia precoce, dentre elas tem-se: terceiros molares impactados que não possuem função na boca; dentes que podem estar associados no futuro a uma lesão patológica ou a sintomas; e por razões ortodônticas ou protéticas.^{1, 2, 3}

Por outro lado, a probabilidade de uma futura patologia associada a esses dentes

registrar baixa prevalência, o indicativo de exérese pode ser exagerado. Muitos terceiros molares inclusos ou parcialmente erupcionados podem nunca causar problemas. Além de não se poder afirmar que a cirurgia está livre de riscos.^{1, 4}

A bioética, juntamente com seus princípios, pode pautar a conduta do profissional de saúde e ajudá-lo em situações de conflito. Sendo assim, para a tomada de decisão é preciso que o cirurgião leve em consideração os princípios de não causar danos e evitar todos os tipos de malefícios (princípio bioético da não-maleficência) assim como ter a responsabilidade, o compromisso de fazer o bem e se preocupar com o bem-estar dos pacientes (princípio bioético da beneficência).⁵

Assim, este trabalho pretende discutir, através de uma revisão bibliográfica ampla se a remoção profilática de terceiros molares inclusos ou semi-erupcionados diante da evidência científica pode infringir os princípios bioéticos da não-maleficência e beneficência.

METODOLOGIA

As bases de dados Cochrane, Lilacs e BBO foram consultadas através do portal da bireme. Os descritores utilizados foram "terceiro molar" (categoria A14.549.167.860.525.500), "bioética" (categoria SP9.010). Foi utilizado o operador booleano AND para formar a expressão de pesquisa.

A base de dados MEDLINE (1966-2005) foi consultada através da pubmed, através das seguintes palavras: third molar and nerve injury,

third molar and periodontal and asymptomatic, third molar and case series, third molar and cross-over studies, third molar and random allocation, third molar and double blind method, third molar and single blind, third molar and trouble free, third molar and randomized controlled trial, third and pathological and asymptomatic, third molar and caries and asymptomatic.

Para a classificação dos artigos foram utilizados os níveis de evidência: **nível 1:** evidência baseada em muitos estudos randomizados, controlados, amplos, concordantes e com poder estatístico adequado; preferencialmente com revisão sistemática conclusiva; **nível 2:** evidência baseada em poucos estudos randomizados, controlados, concordantes e de médio porte ou metanálise de vários estudos desta natureza, pequenos ou de médio porte; **nível 3:** evidência baseada em poucos estudos randomizados, controlados e de ótima qualidade; **nível 4:** evidência baseada em mais de um estudo coorte, de ótima qualidade; **nível 5:** evidência baseada em mais de um estudo caso-controle, de qualidade; **nível 6:** evidência baseada em mais de uma série de casos de alta qualidade, inclui registros; **nível 7:** evidência baseada apenas em: extrapolações de resultados coletados para outros propósitos; conjecturas racionais, experimentos com animais, ou baseados em modelagem computacional; conduta antiga baseada em prática comum; opiniões sem referência a estudos anteriores.

Foram priorizados os artigos de níveis de 1 a 6.

RESULTADOS

Utilizando-se o descritor "terceiro molar", através do portal da bireme, foram encontrados na base de dados LILACS 174 artigos, destes nenhum foi selecionado. Ao utilizar o descritor "bioética" foram encontrados 1757 artigos no LILACS e 4785 na MEDLINE (1966-2005), destes nenhum foi selecionado. No entanto, para a expressão de pesquisa "terceiro molar" AND "bioética" não foram encontrados artigos.

Através do portal da pubmed, foram encontrados na base de dados MEDLINE (1966-2005) de acordo com as seguintes palavras: third molar and nerve injury (16 artigos – 3 foram selecionados), third molar and periodontal and asymptomatic (14 artigos – 2 foram

selecionados), third molar and case series (8 artigos – nenhum selecionado), third molar and cross-lover studies (32 artigos – nenhum selecionado), third molar and random allocation (88 artigos – nenhum selecionado), third molar and double blind method (285 artigos – nenhum selecionado), third molar and single blind (25 artigos – nenhum selecionado), third molar and trouble free (1 artigo – 1 selecionado), third molar and randomized controlled trial (391 artigos – 1 selecionado), third and pathological and asymptomatic (4 artigos – 3 selecionados), third molar and caries and asymptomatic (6 artigos – 3 selecionados). Desses, apenas 13 artigos estavam de acordo os níveis de evidência pré-estabelecidos (de 1 a 6) (Tabela 1).

Tabela 1: Artigos selecionados de acordo com o nível de evidência.

	Artigos	Tipo de estudo	Nível evidência
Patologia periodontal	1) Blakey et al. (2002)	Estudo longitudinal (329 pacientes)	6
	2) Elter et al. (2004)	Estudo transversal (5831 pacientes)	6
Apinhamento anterior	1) Harradine et al. (1998)	Estudo de grupo pareado (164 pacientes)	3
	2) Lindqvist, Thilander (1982)	Estudo pareado (52 pacientes)	6
Lesão nervosa	1) Ronbinson, Smith (1996)	Estudo de comparativo de 2 técnicas (771 cirurgias)	3
	2) Valmaseda-Castellón et al. (2001)	Estudo prospectivo (946 pacientes)	6
	3) Chossegras et al. (2002)	Estudo prospectivo comparativo de 2 técnicas (300 germectomias)	6
Cárie dental	1) Shugars et al. (2004)	Estudo transversal (303 pacientes)	6
	2) Shugars et al. (2005)	Estudo prospectivo observacional (211 pacientes)	6
Patologia	1) Stanley et al. (1988)	Estudo retrospectivo (11.598 panorâmicas)	6
	2) Van der Linden et al. (1995)	Estudo retrospectivo (1001 panorâmicas)	6
	3) Venta et al. (2004)	Estudo prospectivo observacional (118 pacientes)	6
	4) Curran et al. (2002)	Estudo retrospectivo (2646 lesões encaminhadas para histopatológico)	6

DISCUSSÃO

As complicações advindas de terceiros molares inferiores podem ser: pericoronarite, periodontite, cáries, reabsorção patológica de raízes de dentes vizinhos, formação de cistos, associação com neoplasias (ameloblastomas, carcinomas com origem na parede de cistos dentígeros envolvendo esses dentes), dor idiopática, maior frequência de fratura mandibular nos casos de dentes envolvidos e apinhamento dental.² Estas complicações têm levado os cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais a indicar a sua exérese.

Para Laskin² mesmo que os terceiros molares impactados possam permanecer assintomáticos por muito tempo, sua experiência clínica mostra que muitos deles em algum momento podem vir a erupcionar com dificuldades. Sendo assim, ele recomenda a extração profilática desses dentes nos pacientes com idades entre 16 e 17 anos, uma vez que nesta idade geralmente não há nenhum envolvimento com patologias e o procedimento é muito menos complicado do que em uma pessoa mais idosa.

Blakey et al.⁶ afirmam que mesmo a ausência de sintomas associado a terceiros molares inclusos não significa ausência de patologia, ou seja, os sintomas não são um bom indicador de presença de patologia periodontal. Eles provaram esta afirmação ao realizarem sondagens periodontais em terceiros molares assintomáticos e concluíram que 25% dos pacientes estudados (82 de 329) tiveram sondagem periodontal superior a 5 mm de profundidade na distal do segundo

molar ou em volta do terceiro molar. Este valor significa que na presença de dentes inclusos existe a doença periodontal em um percentual significativo de pacientes, e que é necessário tratá-la para que a doença não progrida. No entanto, este tratamento pode se tornar difícil devido a inclusão do dente e pela baixa qualidade dos tecidos moles dessa região. Dessa forma, a remoção desses dentes, segundo esses autores, seria o tratamento mais adequado.

Ainda com relação a patologia periodontal associada a terceiros molares, num estudo transversal com 5831 pacientes, Elter et al.³ encontraram sondagem periodontal superior a 5 mm em 6% da distal dos segundos molares e gengivite em 38% desses mesmos dentes. Concluíram que a presença de terceiros molares tem um impacto negativo na saúde periodontal, mas que para afirmar que há uma relação de causa-efeito entre terceiros molares e doença periodontal são necessários mais estudos longitudinais.

Num estudo realizado por Song et al.¹, em que revisaram doze relevantes revisões, concluíram que não há evidência que suporte a remoção profilática dos terceiros molares impactados em relação a pericoronarite, apinhamento dental, cistos e tumores, reabsorção de segundo molares, caries e problemas periodontais. No entanto, relataram que os estudos revisados mesmo que obedecendo a critérios pré-estabelecidos têm pouca qualidade.

Bishara⁷ também revisou a literatura em busca de evidência para exérese profilática

dos terceiros molares. Concluiu que a influência desses dentes no apinhamento dental anterior é controversa, que há pouca evidência de causa efeito e que se deve considerar a extração desses dentes num plano de tratamento futuro sob o aspecto da ortodontia, cirurgia ou periodontia.

Num ensaio clínico randomizado realizado por Harradine et al.⁸, em que se objetivou avaliar os efeitos da extração precoce e o apinhamento dentário tardio em 164 pacientes, apesar da perda da amostra ser de 53%, concluiu-se que não se justifica a remoção dos terceiros molares inferiores pelo apinhamento dental anterior.

Ainda em relação ao apinhamento dentário e sua relação com a remoção profilática de dentes inclusos, Lindqvist, Thilander⁹ extraíram um terceiro molar de um lado da mandíbula e deixaram o outro do lado oposto e verificaram medidas a medida que os pacientes cresciam. Foram 52 pacientes que tinham em média 15,5 anos. Medidas dos arcos dentários foram realizadas e a diferença entre a mudança anual média do lado operado e o lado controle foram calculadas por um período de 3 anos. A conclusão foi que os dois lados tiveram mudanças similares.

Com relação à cárie dentária Shugars et al.¹⁰ iniciaram com um estudo transversal em que observaram que a prevalência de cárie não era maior nos terceiros molares do que nos demais dentes da arcada dentária. Os autores deram continuidade ao estudo em que acompanharam esses pacientes por um período de três anos. Neste estudo, a

incidência de cárie nos terceiros molares inferiores no fim do período observacional foi maior (33%) do que no início (25%) do acompanhamento.

Num consenso realizado pela American Association of Oral and Maxillofacial Surgery, em 2004, a fim de obter uma concordância em relação a quando e em que circunstâncias os terceiros molares devem ser extraídos, foram relatados alguns pontos. Um deles foi que há pouca evidência em realizar a exodontia desses dentes apenas porque podem causar apinhamento, se houver espaço suficiente para erupção normal, eles devem ser colocados em função na boca. Há consenso de que se a cirurgia for realizada em pacientes mais jovens a dor pós-operatória, o edema, a infecção são minimizados. Os pacientes devem ser informados dos possíveis riscos do procedimento cirúrgico o que inclui a lesão permanente do nervo alveolar inferior (com prevalência de 0,5%) ou a transitória (prevalência de 5% ou mais).⁴

Numa revisão sistemática realizada por Mettes et al.¹¹, concluiu-se que não há evidência que seja favorável ou não para a remoção profilática de terceiros molares assintomáticos em adultos. No entanto, há alguma evidência que sugere que a remoção profilática em adolescentes nem reduz nem previne o apinhamento dentário anterior.

Diante da pesquisa realizada, não há estudos de qualidade, ou melhor, com nível de evidência 1 que comprovem que a remoção profilática ou não dos terceiros molares seja benéfica ou maléfica em relação ao apinhamento dentário, a patologia periodontal, a relação com

desenvolvimento de patologias ou a causa de lesões nervosas.

Então, quais seriam as decisões tomadas pelos cirurgiões que iriam contra os princípios da não-maleficência e beneficência em relação à remoção profilática ou não dos terceiros molares? É preciso refletir um pouco sobre as indicações dessa exodontia através dos artigos encontrados na literatura.

Muitos autores questionam o que é um dente assintomático, pois, para Blakey et al.⁶, a ausência de sintomas não é equivalente a ausência de patologia. Dessa forma, a referência a dentes assintomáticos se torna frágil. Esses mesmos autores fizeram um estudo no qual se constatou presença de doença periodontal em 25% de 329 pacientes com terceiros molares retidos e ditos assintomáticos. Diante disso, o cirurgião estaria infringindo o princípio da não maleficência se não levasse em consideração esse aspecto ao indicar a remoção profilática desses dentes. Caso a doença periodontal se instalasse nesse paciente o cirurgião teria causado malefício.

Da mesma forma estaria causando malefício se a cirurgia fosse indicada e houvesse injúria ao nervo alveolar inferior, prevalência de 1,3% a 1,8%, ou nervo lingual, 0 a 23%.¹² No entanto, a literatura relata que a orientação na técnica cirúrgica correta para cada caso específico minimiza este risco.¹³

Numa outra situação de malefício seria o desenvolvimento de patologias associadas a esses dentes "assintomáticos", que muitas vezes o caráter de desenvolvimento agressivo dessas lesões, a exemplo de ameloblastomas,

pode levar a danos irreversíveis no paciente, e que deve ser um fator levado em consideração no momento da decisão sobre a remoção ou não desses dentes. Para Stanley et al.¹⁴, que em seu estudo avaliaram 11.598 radiografias panorâmicas, afirmam que algum tipo de alteração patológica pode ser encontrado em 12% dos terceiros molares inclusos. Então, mesmo que a prevalência seja considerada baixa o risco existe.^{15, 16} Mesmo que alguns autores considerem o risco de desenvolvimento de lesão patológica seja baixo, há estudos que demonstram o contrário: de 2646 lesões pericoronárias encaminhadas para estudo histopatológico 67,1% foram não-patológicas, no entanto, 32,9% foram diagnosticadas como lesão patológica.¹⁷ Além disso, os estudos longitudinais desenvolvidos nessa área são prejudicados pelas grandes perdas amostrais, por esse motivo mais pesquisas devem ser realizadas.

O cirurgião ainda traria malefícios ao paciente caso ele não indicasse a remoção profilática dos terceiros molares e este fosse submetido a um trauma que atingisse a mandíbula, já que há estudos que afirmam que a presença de terceiros molares aumenta significativamente em 2,1 vezes as chances de o paciente ter uma fratura de ângulo de mandíbula.¹⁸ Um dos argumentos para esta situação é que a presença de um dente incluso na mandíbula ocuparia espaço de osso sadio tornando-a mais frágil.

Com relação à idade em que o paciente é submetido à extração dos terceiros molares, a literatura indica que em pacientes com 25 anos ou

pouco mais velhos a cirurgia possui pouca morbidade, com baixa prevalência de complicações pós-operatórias e mínimo impacto na qualidade de vida do paciente.^{19,20} Diante disso, a indicação deste tipo de cirurgia em pacientes com esta idade traria mais benefícios que malefícios ao paciente. Outro aspecto a ser levado em consideração é que aguardar muito tempo para a remoção desses dentes pode dificultar a cirurgia, pois dentes inclusos podem ser mais difíceis de serem extraídos com a idade mais avançada, o que pode aumentar o tempo de recuperação, o risco de morbidade e complicações associadas à cirurgia.²¹

Diante disso, na tomada de decisão sobre a exodontia profilática ou não de terceiros molares devem ser levados em consideração diversos aspectos principalmente se o tratamento trará ou não benefícios ao paciente. Acima de tudo o profissional tem que ter a responsabilidade de fazer o bem e se preocupar com o bem-estar dos pacientes. Mesmo que o cirurgião tenha o conhecimento científico para a tomada da decisão, o paciente também deve ser informado sobre as possibilidades de tratamento e, assim, ter um papel fundamental na escolha do procedimento.

Na luz do conhecimento atual, não há estudos de qualidade suficiente que afirmem que a remoção profilática dos terceiros molares é maléfica ou benéfica ao paciente. Diante disso, a decisão de indicar ou não a remoção profilática, em adolescentes e adultos jovens, atenderá a critérios clínicos por parte do profissional e à avaliação dos prós e contras tanto pelo paciente como pelo cirurgião.

REFERÊNCIAS

1. Song F, Landes DP, Glenny AM, Sheldon TA. Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews. *British Dental Journal*, 1977; 182: 339-346.
2. Laskin DM. Evaluation of the third molar problem. *JADA*, 1971; 82: 824-8.
3. Elter JR, Cuomo CJ, Offenbacher S, White RP. Third molars associated with periodontal pathology in the third molar national health and nutrition examination survey. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; 62: 440-445.
4. Report on a workshop on the management of patients with third molar teeth. *J Oral Maxillofac Surg*, 1994; 52: 1102-1112.
5. Molina A, Dias E, Molina AAL. Iniciação em Pesquisa Científica: Manual para profissionais e estudantes das áreas de saúde, ciências biológicas e humanas. Recife: EDUPE, 2003.
6. Blakey GH, Marciani RD, Haug RH, Philips C, Offenbacher S, Pabla T, White RP. Periodontal Pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg*, 2002; 60: 1227-1233.
7. Bishara SE. Third molars: A dilemma! Or is it? *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 1999; 115: 628-633.
8. Harradine NWT, Pearson MH, Toth B. The effect of extraction of third molars on late lower incisor crowding: a randomized controlled

- trial. *British Journal of Orthodontics*, 1998; 25: 117-122.
9. Lindqvist B, Thilander B. Extraction of third molars in cases of anticipated crowding in the lower jaw. *American Journal of Orthodontics*, 1982; 82: 130-139.
10. Shugars DA, Jacks MT, White RP, Philips C, Haug RH, Blakey GH. Occlusal caries experience in patients with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; 62: 973-979.
11. Mettes T G, Nienhuijs MEL, Van Der Sanden WJM, Verdonschot EH, Plasschaert AJM. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Uptade Software.
12. Robinson PP, Smith KG. Lingual nerve damage during lower third molar removal: a comparison of two surgical methods. *British Dental Journal*, 1996; 180: 456-461.
13. Castellón-Valmaseda E, Aytés-Berini L, Gay-Escoda 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*, 2001; 92: 377-383.
14. Stanley HR, Alattar M, Collett, WK, Stringfellow HR Jr, Spiegel EH. Pathological sequelae of "neglected" impacted third molars. *Journal of Oral Pathology*, 1988; 17: 113-117.
15. Van der Linden W, Cleaton-Jones P, Lownie M. Diseases and lesions associated with third molars: review of 1001 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1995; 79: 142-145.
16. Venta I, Ylipaavalniemi P, Turtola L. Clinical outcome of third molars in adults followed during 18 years. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; 62: 182-185.
17. Curran AE, Damm DD, Drummond JF. Pathologically significant pericoronary lesions in adults: histopathologic evaluation. *J Oral Maxillofac Surg*, 2002; 60: 613-617.
18. Fuselier JC, Ellis EE, Dodson TB. Do mandibular third molars alter the risk of angle fracture? *J Oral Maxillofac Surg*, 2002; 60: 514-518.
19. Perrott DH. AAOMS Outcomes Study on third molars. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; Symposia: 16-17.
20. Talwar RM. The AAOMS Age-Related Third Molar Study. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; Oral Abstract Session: 34-35.
21. Miyaji C, Davis IE. Estimating the need for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*, 2000; 58: 927-928.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Belmiro Vasconcelos

Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Departamento de Cirurgia e Traumatologia BMF

Av. General Newton Cavalcanti, 1650

Camaragibe - PE - 54753-220 - Brasil

Telefone/Fax: (+55) 81 3458-2867

E-mail: belmiro@pesquisador.cnpq.br

