

# Prevalência da patologia de inclusão de terceiros molares numa população portuguesa

Ana Catarina Pinto <sup>1,2</sup>; Inês Rodrigues<sup>2</sup>; Helena Francisco <sup>1,2</sup>; Gonçalo Caramês <sup>1</sup>; Duarte Marques <sup>1,2</sup>; João Caramês <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>- Instituto de Implantologia - Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa - Lisboa, Portugal

63

SPEDM

U LISBOA

Instituto de Implantologia  
Medicina Dentária

## Introdução e Objetivos

Em Portugal, os estudos de prevalência de terceiros molares inclusos/impactados são escassos e envolvem sobretudo populações de clínicas universitárias e primordialmente sobre terceiros molares inferiores<sup>1,2,3,4,5</sup>. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de terceiros molares (3M) impactados/inclusos numa amostra da população portuguesa tendo em conta dados demográficos, localização nos maxilares, posição (angulação, profundidade e relação com o ramo ascendente da mandíbula) e patologia associada, através da análise de ortopantomografias. Adicionalmente, pretendeu-se verificar a existência de sinais radiográficos preditivos da proximidade ao nervo alveolar inferior.

## Materiais e Métodos

Foi selecionada uma amostra consecutiva de 300 ortopantomografias (OPG) (Planmeca Promax, Planmeca, Finlândia) de um banco de dados do Departamento de Radiologia, após aprovação pela comissão de ética de uma unidade de saúde privada em Portugal. Estabeleceram-se critérios de inclusão (OPG com qualidade satisfatória, pacientes com idade > 10 anos) e os exames foram analisados por um observador calibrado de acordo com um protocolo pré-estabelecido. Foram recolhidos os seguintes dados: género, idade, localização no maxilar, classificação da profundidade e angulação de acordo com as Classificações de Pell & Gregory e Winter, respetivamente, presença de patologia associada e sinais preditivos da proximidade ao nervo alveolar inferior. A análise de dados foi realizada através do software SPSS (IBM SPSS Statistics, Versão 27, Chicago, IL, EUA) a partir do qual foram extraídas as contagens absolutas e proporções dos grupos.

## Resultados e Discussão

Das 300 ortopantomografias analisadas 172 correspondiam a mulheres e 128 a homens, com uma média etária global de 49,1 anos (min=11 anos; máx= 90anos), o que correspondeu a 538 3M avaliados. A prevalência de 3M impactados/inclusos foi de 27% sendo superior na mandíbula (51,7%), tal como noutros estudos de prevalência de 3M impactados<sup>1,2,3,4</sup>. 25% dos pacientes apresentavam pelo menos um 3M impactado/incluso, valor inferior ao de alguns estudos<sup>1,2,4,5</sup>. O facto da idade média dos pacientes deste estudo ser superior ao dos referidos estudos pode ter influência nestes resultados uma vez que 3M impactados/inclusos podem alterar a sua posição ao longo dos anos e erupcionar.

De acordo com a classificação de Winter, e tal como noutros estudos, a posição mais frequente na maxila foi a vertical (48,6%)<sup>1,4</sup>, enquanto que na mandíbula foi a posição mesioangular (36%)<sup>1,2,4,5</sup>. Na maxila a posição C da classificação de Pell & Gregory foi a mais prevalente (71,4%) enquanto que na mandíbula foram as posições A e B classe II (28%). 31,6% dos segundos molares (2M) adjacentes apresentavam lesão de cárie, ao contrário de outros estudos que indicam a perda óssea em distal do 2M como patologia mais frequentemente associada a 3M impactados/inclusos<sup>1,2</sup>. O sinal radiográfico preditivo da proximidade ao nervo alveolar inferior mais frequente foi o escurecimento das raízes do 3M (46,2%).

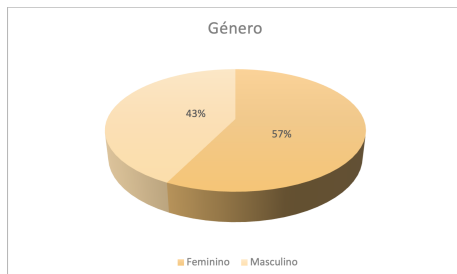


Gráfico 1: Distribuição percentual de acordo com o género.

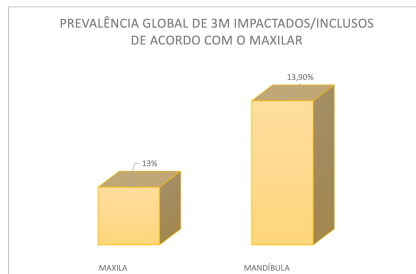


Gráfico 2: Prevalência global de 3M impactados/inclusos de acordo com o maxilar (dente como unidade).

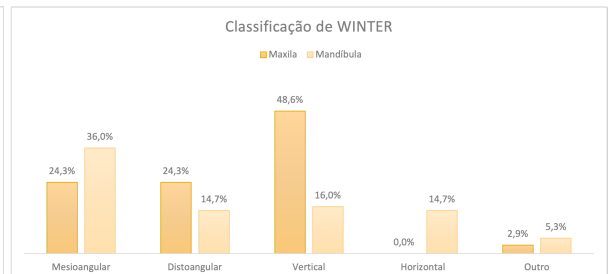


Gráfico 3: Distribuição percentual de 3M impactados/inclusos segundo a classificação de Winter (angulação do 3M):

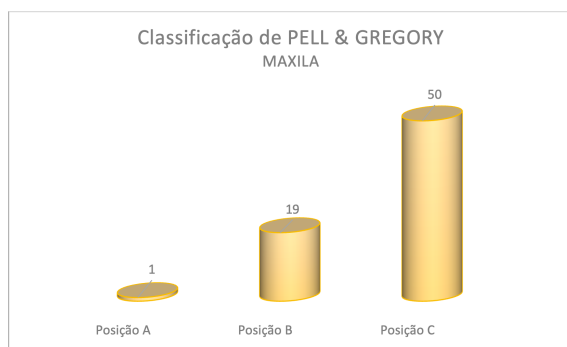


Gráfico 4: Distribuição de 3M impactados/inclusos segundo a classificação de Pell & Gregory<sup>7</sup> para a maxila, considerando apenas a posição. Posição A: 3M acima do plano oclusal do 2M; Posição B: 3M entre o plano oclusal e a linha cervical do 2M; Posição C: 3M abaixo da linha cervical do 2M.

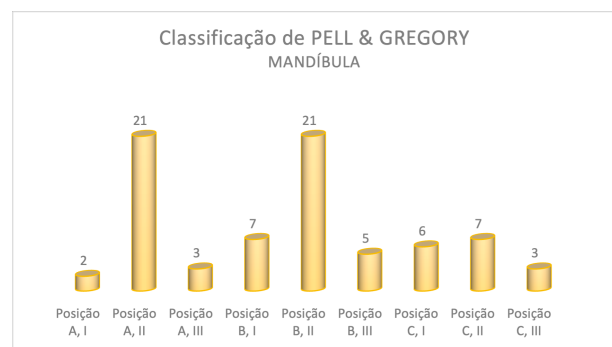


Gráfico 5: Distribuição de 3M impactados/inclusos segundo a classificação de Pell & Gregory<sup>7</sup> para a mandíbula. Posição A: 3M acima do plano oclusal do 2M; Posição B: 3M entre o plano oclusal e a linha cervical do 2M; Posição C: 3M abaixo da linha cervical do 2M. Classe I: distância entre a porção anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do 2M é suficiente para acomodar o 3M incluído; Classe II: distância entre a porção anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do 2M é menor que o diâmetro mesio-distal do 3M incluído; Classe III: falta de espaço entre a porção anterior do ramo ascendente da mandíbula e a face distal do 2M estando o 3M inferior parcial ou totalmente incluído no ramo da mandíbula.

## Conclusões

A implicação/inclusão dentária de 3M na amostra estudada apresenta elevada prevalência, especialmente na mandíbula, e diferentes posicionamentos tridimensionais dependendo da localização nos maxilares o que pode implicar diferentes abordagens cirúrgicas.

A elevada prevalência de cárie dentária no 2M adjacente sugere que a presença de 3M impactados pode aumentar o risco de patologias nos segundos molares a longo prazo. São necessários mais estudos padronizados de forma a caracterizar a patologia de inclusão na população portuguesa.

## Referências Bibliográficas

- 1 Celikoglu, M., Miloglu, O., & Kazanci, F. (2010). Frequency of Agenesis, Impaction, Angulation, and Related Pathologic Changes of Third Molar Teeth in Orthodontic Patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 68(5), 990-995. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.07.063>
- 2 Chu, F. C. S., Li, T. K. L., Lui, V. K. B., Newsome, P. R. H., Chow, R. L. K., & Cheung, L. K. (2003). Prevalence of impacted teeth and associated pathologies - A radiographic study of the Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Medical Journal*, 9(3), 158-163.
- 3 Gsakis, I. G., Palamidakis, F. D., Farmakis, E. T. R., Kamberos, G., & Kamberos, S. (2011). Prevalence of impacted teeth in a Greek population. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 2(2), 102-109. <https://doi.org/10.1111/j.2041-1626.2010.00041.x>
- 4 Hashempour, M. A., Tahmasbi-Arashlow, M., & Fahimi-Hanzaei, F. (2013). Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: A radiographic study in a southeast Iran population. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.4317/medoral.18028>
- 5 Hattab, F. N., Rawashdeh, M. A., & Fahmy, M. S. (1995). Impaction status of third molars in Jordanian students. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and, 79(1)*, 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(05\)80068-X](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(05)80068-X)
- 6 Winter, G. (1926). *Impacted Mandibular Third Molars*. St. Louis, MO, USA: American Medical Book Co.
- 7 Pell, G., & Gregory, G. (1933). Impacted mandibular third molars: classification and modified technique for removal. *Dent Dig*, 39, 330-338.