



FLÁVIA CARVALHO LOPES¹, Inês Guerra Pereira², Álvaro Amadeu Ferreira de Azevedo³
 1. Médica Dentista, Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela FMDUP
 2. Médica Dentista, Professora Auxiliar, Convidada de Cirurgia Oral da FMDUP
 3. Médica Dentista, Professor Auxiliar de Epidemiologia e Bioestatística da FMDUP

INTRODUÇÃO

Cerca de 20-30% dos terceiros molares apresentam-se inclusos⁽¹⁾. Os terceiros molares mandibulares inclusos, mesmo que assintomáticos, podem exercer influência negativa noutros dentes, nomeadamente no segundo molar adjacente, causando cáries, doença periodontal ou reabsorções radiculares^(2,3). Apesar do desenvolvimento lento destas cáries, frequentemente não são detetadas, podendo resultar na exodontia de ambos os molares⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

Avaliar a relação entre a posição do terceiro molar mandibular incluso e a prevalência de cárie distal no segundo molar adjacente e, nestas condições, estimar as posições angulares que representem risco acrescido.

MÉTODOS

Analisou-se a posição de 124 terceiros molares mandibulares inclusos, a presença de cárie distal do segundo molar adjacente, frequência de higiene oral do paciente e sua experiência de cárie, num estudo transversal realizado numa população de 81 pacientes da FMDUP, com idade superior a 25 anos. Os dados foram recolhidos através de radiografias panorâmicas e da ficha de anamnese. Previamente, foi realizado um estudo piloto para calibração e análise de fiabilidade dos métodos de avaliação radiográfica. Recorreu-se a técnicas de análise estatística, nomeadamente OR (odds ratio) e testes de hipóteses: Qui-quadrado, Kruskal-Wallis, U Mann-Whitney. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e autorizado pelo Responsável de Acesso à Informação da FMDUP.

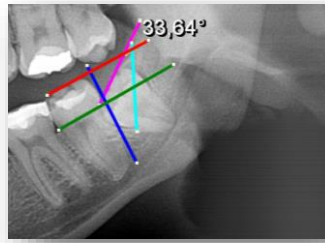


FIGURA 1: Análise de radiografia panorâmica com o software SIDEXIS 4, versão 4.2 da Dentsply Sirona®

(a vermelho observa-se o plano oclusal ao nível do segundo molar mandibular, a reta verde representa o nível cervical do mesmo dente, a reta cor-de-rosa assinala a superfície oclusal do terceiro molar mandibular incluso, a azul clara regista-se a reta que passa no ponto mais anterior do ramo ascendente mandibular e, por último, a azul escuro a reta tangente ao limite distal do segundo molar adjacente). Foi registado o ângulo formado entre as retas vermelha e cor-de-rosa.

RESULTADOS

A amostra incluiu 81 indivíduos, com idade média de 37,30 anos (25-80 anos). 25,0% da amostra apresentou cinco ou menos dentes com experiência de cárie. Na amostra recolhida, a angulação do terceiro molar mandibular incluso variou entre -41,39° a +110,48°. A frequência de higiene oral, idade e história de cárie não assumiram significância estatística.

Tabela I - Prevalência de cárie distal do segundo molar mandibular adjacente ao terceiro molar incluso em função do espaço distal, posição do ponto de contacto e profundidade de inclusão.

		FACE DISTAL DO SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR		
		Não Cariado	Cariado	p
ESPAÇO DISTAL	Classe I	27	13	0,086
	Classe II	31	31	
	Classe III	16	6	
POSIÇÃO DO PONTO DE CONTACTO	Superior à JAC	37	13	<0,0005 ⁶
	Ao nível da JAC	18	32	
	Inferior à JAC	19	5	
PROFUNDIDADE DE INCLUSÃO	Posição A	18	11	0,888
	Posição B	47	34	
	Posição C	9	5	

Tabela II - Distribuição de cárie distal do segundo molar mandibular adjacente ao terceiro molar incluso em função da angulação, CPOD e idade.

	FACE DISTAL DO SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR		
	Não Cariado (a; b)	Cariado (a; b)	p*
ANGULAÇÃO (°)	19,9 ; 43,4	39,0 ; 48,4	0,032 ⁵
CPOD	7,0 ; 8,0	9,0 ; 5,0	0,067
IDADE (anos)	29,0 ; 18,3	31,0 ; 9,3	0,773

Ocorreram maiores angulações em terceiros molares inclusos adjacentes a segundos molares cariados.

Tabela III – Relação entre a angulação do terceiro molar mandibular incluso e a Posição do Ponto de Contacto com a JAC do segundo molar adjacente.

		OR ₁	IC (0,95) ₂	p ₃
HIGIENE ORAL (ESCOVAGENS DIÁRIAS)	Odds ratio para face distal do segundo molar mandibular (cariada / não cariada)	0,640	0,240 – 1,705	0,474
	Odds ratio para face distal do segundo molar mandibular (cariada / não cariada)	5,530	2,524 – 12,120	<0,0005 ⁶

Tabela IV – Análise de risco de uma escovagem diária e ponto de contacto ao nível da JAC.

	POSIÇÃO DO PONTO DE CONTACTO			p*
	Superior à JAC do 2º molar (a; b)	Ao nível da JAC do 2º molar (a; b)	Inferior à JAC do 2º molar (a; b)	
ANGULAÇÃO (°)	36,1; 61,1	39,0; 43,7	10,6; 10,8	0,004 ⁶

A posição do ponto de contacto ao nível da JAC aumenta o risco de cárie distal no segundo molar até 12 vezes

CONCLUSÕES

Terceiros molares mandibulares inclusos com ponto de contacto na junção amelo-cementária do segundo molar adjacente, tratando-se de dentes mesioangulados ou horizontalizados, demonstraram ser um fator de risco para a cárie da face distal do segundo molar. A elevada prevalência desta lesão, a eventual falta de controlo na sua evolução e prevenção, associados à dificuldade inerente ao procedimento restaurador poderá indicar a exodontia de terceiros molares inclusos nestas circunstâncias.



FIGURA 2: Cárie na face distal do segundo molar mandibular

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badawi Fayad J, Levy JC, Yazbeck C, Cavazion R, Cabanis EA. Eruption of third molars: relationship to inclination of adjacent molars. American journal of orthodontics and dental facial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics. 2004;123(2):200-2.
2. Marques J, Montserrat-Bosch M, Figueiredo R, Vilchez-Perez MA, Valmaseda-Castellon E, Gay-Escoda C. Impacted lower third molars and distal caries in the mandibular second molar. Is prophylactic removal of lower third molars justified? Journal of clinical and experimental dentistry. 2017;9(6):e794-e8.
3. Marciani RD. Is There Pathology Associated With Asymptomatic Third Molars? Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 70(9):1515-19.
4. Prapattani VK, Mitra R, Vineyak KM. Pattern of mandibular third molar impaction and its association to caries in mandibular second molar: A clinical variant. Dental research journal. 2017;14(2):137-42.