

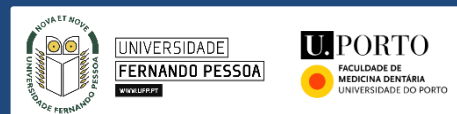
PREVALÊNCIA DO APINHAMENTO ÂNTERO-INFERIOR EM PACIENTES COM TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Mayssa Holanda ⁽¹⁾, Carlos Almeida ⁽²⁾, Susana Silva ⁽³⁾

(1) Médica Dentista

(2) Aluno Doutoramento da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

(3) Professora Auxiliar da Universidade Fernando Pessoa / susanapsilva@ufp.edu.pt



Introdução

A má oclusão dentária é uma irregularidade que afeta o desalinhamento ou até mesmo a má relação dos dentes durante a oclusão (1, 2).

Entre os principais problemas na má oclusão, podem-se destacar os apinhamentos dentários. Durante muitos anos, foi apontado a falta de desenvolvimento dos maxilares como o principal motivo para acontecer o apinhamento dentário, relacionando assim a falta de espaço com a acomodação dos dentes na arcada. O apinhamento dentário é identificado como um problema de grande incidência na população mundial moderna. Esta situação clínica possui normalmente uma casualidade multifatorial da qual se destacam: fatores dentários (tamanho da coroa dentária, problemas periodontais e perda prematura de dentes), fatores esqueléticos (tecidos moles, crescimento da mandíbula e má oclusão) e fatores gerais (idade, raça, género) (3).

Na área da Ortodontia há uma grande discussão e poucos estudos sobre o impacto do terceiro molar inferior no desenvolvimento de uma má oclusão, nomeadamente na relação com o apinhamento que ocorre na região anterior-inferior (4).

Objetivos

Avaliar se remoções profiláticas dos terceiros molares inferiores influenciam direta ou indiretamente a prevenção do apinhamento.

Materiais e Métodos

Foram utilizadas telerradiografias de perfil, ortopantomografias e modelos de gesso de **50 indivíduos**,

O estudo foi submetido e o seu protocolo aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.

Os critérios de inclusão foram serem pacientes adultos e que não tivessem realizado e nem estivessem a realizar qualquer tratamento ortodôntico. Foram excluídos pacientes que não tivessem o histórico clínico (radiografias e modelos de estudo).

A amostra foi dividida em três grupos:

- Pacientes com ambos os terceiros molares inferiores erupcionados;
- Pacientes com ambos os terceiros molares inferiores inclusos;
- Pacientes com agenesia bilateral dos terceiros molares inferiores.

Para cada elemento foi realizada a análise da(s) :

•**Ortopantomografias** para avaliar e determinar quanto a presença ou ausência dos terceiros molares.

•**Telerradiografias de perfil** sobre as quais foram realizadas análises cefalométricas que auxiliaram na determinação do biótipo facial do indivíduo, e consequentemente análise para avaliação de alguma relação com a falta ou excesso de espaço para a erupção do terceiro molar e com a ausência ou presença de apinhamento dentário. Os traçados e valores cefalométricos foram obtidos por meio informático (Nemoceph® NX 2017, Nemotec, Espanha). Foram analisados nove parâmetros cefalométricos da análise cefalométrica de Ricketts.

•**Modelos de gesso** para calcular a desarmonia dento-maxilar por meio de uso de compasso de pontas secas, fio de latão, régua e lápis. Para a realização desse cálculo foi medida a largura mesio-distal de cada dente erupcionado em boca e o comprimento de cada hemi-arcada com um fio de latão acompanhando o contorno da arcada. Ao término das anotações destas medidas foi realizada a diferença entre o tamanho da arcada obtido com o fio de latão e o tamanho somado dos dentes.

As variáveis a serem estudadas abordaram a **idade**, o **género**, o **padrão facial**, a **desarmonia dento-maxilar** e a **classe esquelética**.

Foi realizada previamente uma calibração inter e intra-operador.

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e à análise da média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. Em todos os testes foi utilizado um nível de significância (α) de 5%, isto é, $\alpha=0,05$.

Foi verificada a normalidade com recurso aos testes estatísticos Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Para relacionar variáveis quantitativas com qualitativas recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Quando o $p<0,05$, concluiu-se que, em média, a variável quantitativa em análise era significativamente diferente em ambos os grupos. A normalidade foi assumida caso o número de inquiridos fosse bastante elevado para assumir a normalidade das variáveis (Teorema Limite Central). Para inclusão na secção de resultados foram consideradas as variáveis cruzadas que apresentaram uma relação estatisticamente significativa, independentemente da sua intensidade.

Referências bibliográficas

1. Ferrazzano GF, Cantile T, Sangianantoni G, Ingenito A, Rengo S, Alcidi B, et al. Oral health status and Unmet Restorative Treatment Needs (UTN) in disadvantaged migrant and not migrant children in Italy. Eur J Paediatr Dent. 2019;20(1):10–4.
2. D'Onofrio L. Oral dysfunction as a cause of malocclusion. Orthod Craniofacial Res. 2019;22(S1):43–8.
3. Crossley AM, Campbell PM, Tadlock LP, Schneiderman E, Buschang PH. Is there a relationship between dental crowding and the size of the maxillary or mandibular apical base? Angle Orthod. 2020;90(2):216–23.
4. Sidlauskas A, Trakiniene G. Effect of the lower third molars on the lower dental arch crowding. Stomatologija. 2006;8(3):80–4.
5. Vego L. A Longitudinal Study Of Mandibular Arch Perimeter. Angle Orthod. 1962;32(3):187–92.
6. Lindqvist B, Thilander B. Extraction of third molars in cases of anticipated crowding in the lower jaw. Am J Orthod. 1982;81(2):130–9.
7. Camargo IB, Sobrinho JB, Andrade ES de S, Van Sickels JE. Correlational study of impacted and non-functional lower third molar position with occurrence of pathologies. Prog Orthod. 2016;17(1):39–39.
8. Hasegawa Y, Terada K, Kageyama I, Tsuchimochi T, Ishikawa F, Nakahara S. Influence of third molar space on angulation and dental arch crowding. Odontology. 2013;101(1):22–8.
9. Elsej MJ, Rock WP. Influence of orthodontic treatment on development of third molars. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000;38(4):350–3.
10. Aliaga-Del Castillo A, Janson G, Arriola-Guillén LE, Laranjeira V, Garib D. Effect of posterior space discrepancy and third molar angulation on anterior overbite. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2018;154(4):477–86.

Resultados

A amostra do nosso estudo é composta por **50 indivíduos**, sendo **21 do sexo masculino** e **29 do sexo feminino** com uma **idade média de 23 anos** ($\pm 5,23$). Existe uma prevalência maior de pacientes com **padrão braquifacial severo** no estudo ($n=16$; 32%), enquanto os de **padrão mesofacial** apresentaram-se com uma prevalência menor ($n=4$; 8%) (Gráfico 1).

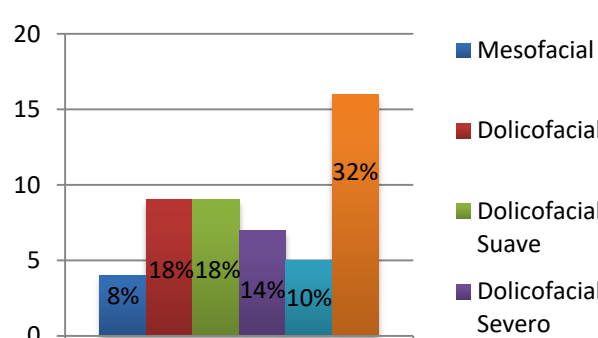


Gráfico 1. Frequência entre o grupo biótipo facial.

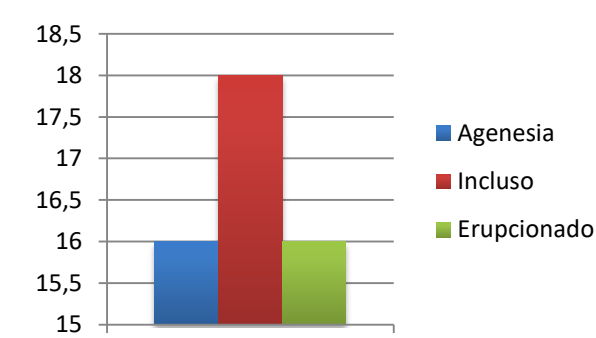


Gráfico 2. Frequência entre a posição do terceiro molar inferior.

Observou-se que os pacientes com terceiros **molares inclusos** foi o grupo mais expressivo ($n=18$; 36%), seguido do com **agenesias** ($n=16$; 32%) e **erupcionados** com igual expressão ($n=16$; 32%) (Gráfico 2).

Obeve-se um resultado de maior prevalência de indivíduos com **agenesia** dos terceiros molares inferiores em **classe II esquelética** (16%) seguido de **classe I** (12%) e **classe III** (4%).

Após a coleta de dados e realizadas as análises estatísticas entre a posição do terceiro molar inferior e as demais variáveis estudadas, foram constatados valores positivos de influência deste dentes com a **classe molar de Angle** ($p=0,022$) e com a **inclinação do incisivo inferior** ($p=0,049$).

	Terceiro Molar		N	p		Terceiro Molar		N	p
	Incluso	Erupcionado				Agnesia	Incluso		
Género	Incluso	18	0,333		Género	Agnesia	16	0,539	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		
Biotipo Facial	Incluso	18	0,819		Biotipo Facial	Agnesia	16	0,901	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		
Inclinação do Incisivo Inferior	Incluso	18	0,784		Inclinação do Incisivo Inferior	Agnesia	16	0,445	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		
Classe Esquelética	Incluso	18	0,391		Classe Esquelética	Agnesia	16	0,969	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		
Classe Molar	Incluso	18	0,022		Classe Molar	Agnesia	16	0,647	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		
Apinhamento Inferior	Incluso	18	0,153		Apinhamento Inferior	Agnesia	16	0,074	
	Erupcionado	16				Incluso	18		
	Total	34				Total	34		

Tabela 1. Relação do terceiro molar incluído e erupcionado em relação às variáveis estudadas.

Tabela 2. Relação do terceiro molar incluído e agenesia em relação às variáveis estudadas.

Relativamente ao apinhamento dentário ântero-inferior, o valor encontrado foi de $p=0,182$, ou seja, na pesquisa não foi possível relacionar a posição do terceiro molar inferior com o **apinhamento dentário**.

Discussão

O terceiro molar foi avaliado por diversas vezes como sem influência na inclinação e angulação dos dentes tanto na região posterior quanto na anterior (4-8). Contudo, alguns estudos realizados confirmam essa relação de influência (12-17). Não foi obtido neste estudo uma influência do terceiro molar com o apinhamento dentário ântero-inferior.

A principal limitação revelou-se ser o tamanho reduzido da amostra.

Conclusão

O presente estudo revelou que existe ainda alguma controvérsia entre investigadores quanto à relação entre o terceiro molar e a prevalência do apinhamento dentário. Não foi encontrada na nossa amostra uma relação direta entre ambos.