

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

NATHALIA COUTINHO DA SILVA

EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES:
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

BAURU
2020

NATHÁLIA COUTINHO DA SILVA

EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES:
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de Cirurgião
Dentista – Centro Universitário Sagrado
Coração
Orientadora: Profa. Dra. Camila Lopes
Cardoso.

BAURU
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

Silva, Nathalia Coutinho da

S586e

Exodontia de terceiros molares: considerações importantes no
planejamento cirúrgico / Nathalia Coutinho da Silva. -- 2020.
25f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru -
SP

1. Terceiros. 2. Molares. 3. Extração. I. Cardoso, Camila Lopes.
II. Título.

NATHALIA COUTINHO DA SILVA

EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES:
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde do Centro Universitário Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso.

Bauru, 10 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso (Orientadora)
Universidade Sagrado Coração

Profa. Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora
Universidade Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus queridos e amados pais, Beto e Lucia, por todo incentivo, dedicação e suporte para que esse sonho em minha vida pudesse ser realizado, aos meus queridos irmão Diego e Lívia, ao meu noivo Lucas por todo apoio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por me dar a vida e poder chegar até aqui, permitindo que eu pudesse realizar um dos meus sonhos me dando sempre muita saúde e sabedoria, por me fortalecer nos momentos de dificuldade e assim me cercar de pessoas maravilhosas que me auxiliaram em todo o meu percurso durante a minha graduação.

Agradeço aos meus Pais, Roberto Alves Da Silva e Lucia Sônia Coutinho que não mediram esforços e sempre fizeram de tudo para que eu pudesse chegar e concluir esta nova etapa da minha vida, com muito amor e carinho, sendo sempre a base da minha vida, oferecendo todo o suporte necessário, sempre me dando incentivo e apoio em todas as minhas decisões, sou extremamente grata por tudo o que fizeram por mim. Os meus irmãos Diego Eugênio Coutinho D'Assumpção e Livia Coutinho Da Silva que sempre me ajudaram e me incentivaram, agradeço a toda a minha família e as pessoas que amo por me encorajarem a buscar os meus sonhos, por torcerem por mim e terem comemorado comigo todas as minhas conquistas, por rezarem por mim, e terem contribuído na minha formação. Sei que estão muito felizes por essa nova realização da minha vida, vocês fazem parte de tudo, por eu ter chegado até aqui.

Ao meu amor Lucas Cassini Souza, agradeço por sempre ter me incentivado, me aconselhado, e estar comigo nos momentos de alegria e dificuldades, que com sua paciência me acalmava nos momentos de stress, me incentivava a ir atrás dos meus sonhos, objetivos e superar meus medos, me apoiar nas minhas decisões, e sempre ter ficado feliz por cada conquista minha e agora estar me dando o melhor presente de todos, nosso filho Miguel, isso tudo é por vocês e pela família que estamos construindo, vocês também fazem parte do meu sonho que está se realizando.

Aos meus amigos(as) Natalia Carolina Leme Margonato, Beatriz Angelica Saggin, Alicia Giacometti, Maria Laura Modolin Crepaldi, Emanuelle Pinheiro Amaro, Nathan Silva Costa, agradeço pela parceria de vocês em todos esses anos, seja na clínica, nas aulas teóricas e laboratórios, no nosso dia a dia em Bauru, vocês com certeza fizeram da minha vida acadêmica mais feliz. Obrigada por compartilhar todos os momentos da graduação e da minha vida, sejam elas momentos de alegrias, estudos, dificuldades, medos, impaciência e tensões, tudo deu certo e chegamos até aqui, juntos.

Agradeço a todos os meus professores maravilhosos que estiveram presentes durante todo esse período, sempre me ajudando em tudo nesses 4 anos, obrigada pelo conhecimento transmitido, pelo incentivo de cada um, vocês com certeza fazem toda a diferença. Em especial, a minha querida orientadora Profa. Dra. Camila Lopes Cardoso, agradeço por todo o aprendizado, experiência, paciência, sempre sendo cuidadosa e presente e também pela oportunidade de realizar o meu trabalho de conclusão de curso.

A UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO, que se mudou a pouco tempo para Unisagrado, meus sinceros agradecimentos pela oportunidade de poder crescer tanto no aspecto profissional e também pessoal, através de um excelente ensino superior e um corpo docente completo e competente.

Agradeço aos colegas da turma trinta e sete pela convivência, experiências compartilhadas e por todos os momentos que marcaram a minha graduação.

RESUMO

Os terceiros molares, dentre os demais dentes, são os que apresentam maiores taxas de não irrompimento, principalmente os inferiores. Essa situação impossibilita a manutenção da saúde periodontal da região adjacente as quais são justificativas na indicação da sua exodontia. O presente trabalho fundamenta-se em ilustrar dois casos clínicos de terceiros molares inferiores que exigia um planejamento adequado para sua extração, neste contexto, adotou-se como objetivo geral discutir a importância do planejamento cirúrgico para a obtenção do sucesso clínico. Ambos os casos ilustrados correspondem a pacientes adultos jovens, que apresentavam a queixa de pericoronarite recorrente associada ao terceiro molar inferior. Os dentes estavam semi-irrompidos impossibilitando a higiene adequada da região. Diante dos aspectos clínicos, os terceiros molares foram indicados para extração e a radiografia panorâmica revelava raízes longas próximas ao canal mandibular. Apesar dos dentes estarem semi-irrompidos, a morfologia radicular exigiu um planejamento envolvendo a odontosecção para que o procedimento fosse bem sucedido. Nos dois casos o transoperatório se procedeu sem intercorrências. A partir deste estudo de casos sobre exodontia de terceiros molares inferiores, pode ser concluído que o planejamento é uma etapa fundamental para a obtenção do sucesso clínico. Desta forma, fica clara a necessidade de profissional habilitado para realizar este tipo de procedimento.

Palavras-Chave: Terceiro molar. Dente do siso. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The third molars, among the other teeth, have the highest rates of non-eruption, especially the lower ones. This situation makes it impossible to maintain periodontal health in the adjacent region, which are justifications for the indication of its extraction. The present work is based on illustrating two clinical cases of lower third molars that required adequate planning for their extraction, in this context, it was adopted as a general objective to discuss the importance of surgical planning for achieving clinical success. Both illustrated cases correspond to young adult patients, who complained of recurrent perichoronaritis associated with the lower third molar. The teeth were semi-erupted, preventing proper hygiene in the region. In view of the clinical aspects, the third molars were indicated for extraction and the panoramic radiography revealed long roots close to the mandibular canal. Despite the teeth being semi-erupted, root morphology required planning involving the dental section in order for the procedure to be successful. In both cases, the operation was carried out without complications. From this case study on extraction of lower third molars, it can be concluded that planning is a fundamental step for achieving clinical success. Thus, it is clear the need for a qualified professional to perform this type of procedure.

Keywords: Third molar. Wisdom tooth. Health Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Imagem ilustrativa do dente 48 impactado sugerindo também uma dilaceração da raiz distal para o lado distal.....	12
Figura 2.	Imagem ilustrativa do dente seccionado após sua extração. Parte da coroa na distal foi perdida no momento do desgaste dentário.....	13
Figura 3.	Imagem ilustrativa do dente 38 impactado. A raiz mesial apresenta dilaceração voltada para o lado distal.....	14
Figura 4.	Imagem do dente 37 seccionado.....	15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 ESTUDO DE CASOS	12
5 DISCUSSÃO.....	16
6 CONCLUSÃO	19

1 INTRODUÇÃO

A odontologia é a área da saúde que visa a promoção de saúde bucal. Ela é responsável por manter as condições de bucais satisfatórias, adequando as funções mastigatórias, estética e fonética, resultando em repercussões positivas sobre a saúde geral e o estado psicológico do indivíduo.

Neste contexto, uma situação comum na prática odontológica é a impaction dos terceiros molares diante da ausência de espaço suficiente para sua irrupção. Os terceiros molares, dentre os demais dentes, são os que apresentam maiores taxas de não irrompimento, principalmente os inferiores. Essa situação impossibilita a manutenção da saúde periodontal da região adjacente.

Os problemas relacionados a este grupo de dentes, devido a dificuldade de higienização do local, variam desde o surgimento de cáries a patologias de tecidos moles associadas a dificuldade de higienização, trauma de oclusão, doenças periodontais e lesões ósseas associadas. (PETERSON et al., 2000).

Diante disto, os procedimentos de exodontia requerem planejamentos especiais tendo em vista a modificação da região anatômica e a própria morfologia que se encontra mais frequentemente anômala quando comparada aos outros grupos de dentes.

No intuito de facilitar o prognóstico bem como a comunicação e planejamento cirúrgico de cada situação, autores propuseram classificações para os terceiros molares, as quais se baseiam na angulação do dente e seu grau de impaction (PELL e GREGORY, 1942).

Sobre tais classificações, Winter e Pell e Gregory a fazem com relação ao ramo ascendente da mandíbula, classificando-a em 3 diferentes classes: classe I quando a coroa, em seu diâmetro mesio distal, está completamente à frente da borda anterior do ramo ascendente; classe II quando o dente estiver parcialmente dentro do ramo; e classe III quando o dente estiver localizado completamente dentro do ramo ascendente da mandíbula (PELL e GREGORY, 1942).

Além disso, há ainda uma classificação em relação ao plano oclusal sendo: classe A quando a superfície oclusal do terceiro molar está no mesmo plano oclusal do segundo molar; classe B quando a superfície oclusal do dente não irrompido está entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar; e, por fim, classe C quando a superfície oclusal do dente não irrompido está abaixo da linha

cervical do segundo molar (PELL e GREGORY, 1942; SANTOS e QUESADAI, 2009).

Conforme destacam Alencar, Andrade e Vasconcelos (2011), a classificação de Pell e Gregory (1942) é muito importante, pois o planejamento é uma etapa fundamental para o sucesso dos procedimentos de exodontia dos terceiros molares.

Considerando a importância do tema, o presente estudo reporta dois casos clínicos de terceiro molar inferior, com raízes longas, no intuito de se enfatizar a importância do planejamento cirúrgico de terceiros molares.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho fundamenta-se em ilustrar dois casos clínicos de terceiros molares inferiores que exigia um planejamento adequado para sua extração, neste contexto, adotou-se como objetivo geral discutir a importância do planejamento cirúrgico para a obtenção do sucesso clínico.

3 METODOLOGIA

Afim de ilustrar situações clínicas importantes e discutir aspectos de planejamento no contexto das cirurgias de terceiros molares inferiores, dois casos clínicos foram relatados. Assim, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter estudo de caso.

4 ESTUDO DE CASOS

O caso 1 se trata de uma paciente do gênero feminino, 39 anos de idade, que apresentava episódios de pericoronarite recorrentes associado ao dente 48 e tinha como queixa principal “quero extrair meu dente do siso”. Na história da doença atual, apresentava histórico de exodontia do 38 complicada, ficando uma raiz remanescente no transoperatório. O dente 48 estava incomodando durante a mastigação e higienização com um quadro de pericoronarite crônica, após episódios agudos recorrentes. Na história médica, não havia nada digno de nota.

Como ilustrado na radiografia panorâmica (Figura 1), o dente 48 apresentava-se impactado e, seguindo a classificação de Peel e Gregory, com um posicionamento 2B (parcialmente inserido no ramo mandibular e altura pouco abaixo da superfície oclusal do dente 47). Ainda, seguindo a classificação de Winter, se encontrava verticalmente em relação ao dente 47. Além disso, a imagem sugeria uma dilaceração da raiz distal para o lado distal e proximidade com o canal mandibular.

A paciente já apresentava uma tomografia computadorizada de feixe cônico e as reconstruções revelavam uma proximidade muito grande com o canal mandibular e dilaceração de ambas as raízes para distal. A raiz mesial se dividia em duas no seu terço apical.

Figura 1 – Imagem ilustrativa do dente 48 impactado sugerindo também uma dilaceração da raiz distal para o lado distal.



Fonte: Elaborada pela autora.

Diante da posição e anatomia do dente 48, foi planejado fazer uma extração através de retalho em envelope, osteotomia no formato de canaleta em alta rotação, com broca esférica carbide número 6, sob refrigeração abundante com água destilada e odontosseção no sentido vestibulo-lingual no local da furca no intuito de separar as raízes.

Durante o transoperatório, a anestesia foi realizada por bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual utilizando dois tubetes e meio de articaína 4%. O dente foi extraído após bastante cautela nos procedimentos já citados planejados e principalmente durante a clivagem das raízes. O tempo de duração da cirurgia incluindo a antisepsia intrabucal até a sutura foi de aproximadamente 45 minutos. O dente foi extraído completamente como revela a imagem 2 (Figura 2). A sutura foi realizada com pontos simples com fio de seda 4.0.

Figura 2 – Imagem ilustrativa do dente seccionado após sua extração. Parte da coroa na distal foi perdida no momento do desgaste dentário.



Fonte: Elaborada pela autora.

No pós-operatório a paciente relatou inchaço moderado até o terceiro dia após a cirurgia. A prescrição foi: Amoxicilina 500mg, um comprimido de 8 em 8 por 7 dias; Nimesulida 100mg, um comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias e Dipirona 40 gotas de 4 em 4 horas se estiver com dor. Para a higiene bucal no período pós-operatórios, foi prescrito clorexidina 0,12% como bochecho, três vezes ao dia, por 10 dias. Uma semana depois, os pontos foram removidos e o resultado clínico foi satisfatório. O inchaço já havia regredido.

O caso 2 representa uma situação clínica bastante semelhante, porém o paciente era do gênero masculino. A queixa principal também foi relacionada a dificuldade de higienização e histórico de pericoronarite no dente 38. O paciente não apresentava nada digno de nota. A radiografia panorâmica demonstrava o dente 38 impactado, em posição vertical, e segundo Peel e Gregory na posição 1A (anterior ao ramo mandibular e na altura da superfície oclusal do dente 37), (Figura 3).

Figura 3 – Imagem ilustrativa do dente 38 impactado. A raiz mesial apresenta dilaceração voltada para o lado distal.



Fonte: Elaborada pela autora.

O planejamento foi feito previamente e, a extração foi feita com acesso de retalho em envelope, osteotomia no formato de canaleta até a distal, em alta rotação, com broca esférica carbide número 6, com refrigeração abundante de água destilada e odontosseção no sentido vestibulo-lingual com ponta diamantada 4138, no local da furca no intuito de separar as raízes.

Durante o transoperatório, a anestesia foi realizada por bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual utilizando aproximadamente dois tubetes de articaína 4%. O dente foi extraído também com cautela, principalmente durante a clivagem do dente, que se deu em 3 partes (Figura 4). O fragmento da coroa distal foi removido primeiramente, em seguida o fragmento mesial e por último a raiz remanescente distal. A sutura foi realizada com pontos simples com fio de seda 4.0.

Figura 4 – Imagem do dente 37 seccionado.



Fonte: Elaborada pela autora.

No pós-operatório a paciente relatou inchaço leve. A prescrição foi: Amoxicilina 500mg, um comprimido de 8 em 8 por 7 dias; Nimesulida 100mg, um comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias e Dipirona 40 gotas de 4 em 4 horas se estivesse com dor. Para a higiene bucal no período pós-operatório, foi prescrito clorexidina 0,12% como bochecho, três vezes ao dia, por 10 dias. Uma semana depois, os pontos foram removidos e o resultado clínico foi satisfatório.

5 DISCUSSÃO

Após considerar e analisar todos os fatores citados nos relatos supra descritos e, percebendo-se a existência da indicação para a remoção cirúrgica, fez-se necessário o correto planejamento da intervenção que, conforme já descrito, sempre varia em função da posição do dente não irrompido (MILORO, 2008; PELL; GREGORY, 1942).

Desta forma, visando superar esta dificuldade na avaliação, surgiram alguns sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos que permitem a antecipação de possíveis transtornos e possibilitam a previsão de algumas modificações durante o ato operatório.

Dentre tais sistemas, está a já citada classificação de Pell e Gregory que relaciona a superfície oclusal dos terceiros molares inferiores com relação ao segundo molar adjacente (Posição A,B,C) e o diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação à borda anterior do ramo da mandíbula (Classe I, II e III) (PELL; GREGORY, 1942; XAVIER et al., 2010).

Na maioria dos casos, a classificação exata dos terceiros molares é realizada a partir de exames de imagem, em que utiliza-se mais frequentemente as radiografias panorâmicas, as quais possibilitam uma visualização do longo eixo do segundo molar, ramo ascendente da mandíbula e o nível ósseo que servem como parâmetros para classificação, bem como avaliar possíveis riscos relacionados com o procedimento (ALVARES; TAVANO, 1988).

Neste ponto, torna-se interessante destacar a existência de exames complementares, como as radiografias panorâmicas, no entanto, estas possuem algumas limitações, como o fato de não apresentarem detalhes das estruturas anatômicas tão bem quanto outros exames (ALVARES; TAVANO, 1988), além disso são exames bidimensionais, impossibilitando a avaliação do dente com todas as estruturas adjacentes.

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) é um exame muito útil quando se deseja avaliar a relação do terceiro molar com o canal mandibular. Nos casos avaliados primeiramente através de uma radiografia panorâmica, com uma suspeita de envolvimento íntimo com o canal mandibular, é indicado a complementação com a TCFC. Isto porque o trauma na região do canal mandibular no momento de uma exodontia pode resultar em sequelas no nervo alveolar inferior

como uma parestesia temporária.

Conforme discutem Cerri, Guarim e Genovese (2015), ao elaborar o planejamento clínico do paciente, o profissional deverá, conforme prevê o Código de Ética Odontológica, expor todas as alternativas com seus riscos e benefícios que competem ao caso, não omitindo informações, logo faz-se necessário que os exames sejam o mais possivelmente detalhados (KOERNER, 2004).

No primeiro caso relatado, por exemplo, a paciente já apresentava um histórico de exodontia do 38 em que ficou uma raiz remanescente no transoperatório, indicando que havia sido uma exodontia complicada. O dente 48 estava indicado para extração, pois apresentava quadro de pericoronarite crônica, após episódios agudos recorrentes. A partir da análise da radiografia panorâmica e outros exames da paciente, analisando-se a posição do dente de acordo com a classificação de Pell e Gregory, planejou-se, então, fazer a extração relatada. Neste caso, a complexidade se deu pelo comprimento longo das raízes e a relação com o canal mandibular. Após estudo da TCFC, foi possível interpretar a existência de uma dilaceração. Se as raízes estivessem envolvidas no canal mandibular, as chances de complicações aumentariam e teria que ser muito bem avaliada a relação risco e benefício.

Considerando o caso 1, o planejamento da odontosecção foi fundamental para o sucesso da cirurgia.

O caso 2, clinicamente bastante semelhante ao anterior, a queixa do paciente, neste caso do sexo masculino, estava relacionada a dificuldade de higienização e histórico de pericoronarite no dente 38. Novamente, neste caso, o planejamento foi realizado baseado na classificação de Pell e Gregory e a extração foi realizada conforme relatado no tópico anterior. Este caso também foi bem sucedido através da odontosecção.

A partir de ambos os casos relatados, vale destacar que os procedimentos de exodontia, como os aqui descritos, requerem planejamentos especiais, como já citado, por conta da modificação da região anatômica e a própria morfologia que se encontra mais frequentemente anômala quando comparada aos outros grupos de dentes.

Os terceiros molares são dentes que apresentam considerações especiais nas suas etapas cirúrgicas. Este fato está relacionado a sua anatomia e posicionamento, principalmente. Sendo assim, é fundamental que o profissional

tenha habilidade cirúrgica suficiente no intuito de se prevenir acidentes e complicações (STEDE, 2007; BUI, 2003; AZENHA et al., 2014).

A exodontia de terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados nas cirurgias bucais e suas indicações estão relacionadas a uma série de fatores, como cárie, doença periodontal, pericoronarite, apinhamento e cisto dentífero (BENEDIKTSDOTTIR, 2004).

É importante ressaltar que nem todos os terceiros molares são indicados para extração. O cirurgião-dentista precisa avaliar os riscos e benefícios e algumas situações são contra-indicadas. Tais contra-indicações podem ser exemplificadas em pacientes idoso ou demasiadamente jovens, condição sistêmica comprometida e possibilidade de dano excessivo as estruturas adjacentes (SILVA, 2018). Existem ainda as contra-indicações de ordem sistêmica que incluem doenças metabólicas e cardíacas descompensadas, gravidez, leucemias, linfomas, discrasias sanguíneas, uso de anticoagulantes e uso de medicamentos imunossupressores (SILVA, 2018).

Como afirmam Xavier et al. (2010), nestes casos é preferível realizar apenas o acompanhamento para evitar lesões ao nervo alveolar inferior e fratura óssea, por exemplo.

Ressaltamos ainda que nos casos relatados, ambos pacientes apresentavam idade adequada para realização da exodontia, ambos tinham condição sistêmica apropriada e, nos dois casos, não havia risco de danos às estruturas adjacentes e os mesmos estavam aptos a colaborar com o procedimento cirúrgico.

Outro ponto importante de ser abordado é a necessidade de acompanhamento destes pacientes no pós-operatório. No pós-operatório do caso 1 a paciente relatou inchaço moderado até o terceiro dia após a cirurgia, ocasião em que foram receitados os fármacos adequados. Após uma semana, removeram-se os pontos e o resultado clínico foi satisfatório. Além disso, neste momento o inchaço já havia regredido.

De forma semelhante no pós-operatório do caso 2 o paciente relatou um leve inchaço que regrediu com a medicação prescrita. Neste caso, os pontos também foram removidos após uma semana depois e o resultado clínico foi satisfatório.

Como dito, em ambos os casos o resultado clínico foi satisfatório e, grande parte disso, deve-se ao planejamento elaborado antes do procedimento cirúrgico ser realizado.

6 CONCLUSÃO

A partir deste estudo de casos sobre exodontia de terceiros molares inferiores, pode ser concluído que o planejamento é uma etapa fundamental para a obtenção do sucesso clínico. Desta forma, fica clara a necessidade de profissional habilitado para realizar este tipo de procedimento.

REFERENCIAIS

ALENCAR, C. R. B.; ANDRADE, F. J. P.; VASCONCELOS, M. H. C. C. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 2, p. 200-210, 2011.

ALVARES, L. C.; TAVANO, O. **Curso de radiologia em odontologia**. p. 248-248, 1988.

AZENHA M.R., KATO R.B., BUENO R.B.L., NETO P.J.O, RIBEIRO, M.C. Accidents and complications associated to third molar surgeries performed by dentistry students. **Oral Maxillofac Surg**. 2014 Dec, 18(4): 459-464.

BENEDIKTSDOTTIR I.S., WENZEL A., PETERSEN J.K. et al. Mandibular third molar removal: risk indicators for extended operation time, postoperative pain, and complications. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 2004. p. 97-438.

BUI C.H., SELDIN E.B., DODSON T.B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. **J Oral Maxillofac Surg**, 2003. p. 61-1379.

CERRI, A.; GUARIM, J. A.; GENOVESE, W. J. Planejamento e diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 69, n. 3, p. 216-225, 2015..

KOERNER, K. R. The removal of impacted third molars. Principles and procedures. **Dent Clin North Am**. 2004 Apr; 38(2): 255-278.

MILORO, M. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. p. 766-766, 2008.

PELL, G. J.; GREGORY, G. T. Report on a ten-year study of a tooth division

technique for the removal of impacted teeth. **American Journal of Orthodontics and Oral Surgery**, v. 28, n. 11, p. B660-B666, 1942.

PETERSON L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-gan, 2000, 702p.

SANTOS, D. R.; QUESADAI, G. A. T. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. **Rev Cir Traum Bucomaxilofac**, v. 9, n. 1, p. 83-92, 2009.

SILVA, W. C. G. et al. Cirurgia pré-protética e planejamento odontológico interdisciplinar: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 7, 2018.

STEED MARTIN B., VINCENT J. P. Complications of third molar surgery gary f. Bouloux, md, bds, mdsc, fracds, fracds (oms). **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am** **19**, 2007. p. 117–128.

XAVIER, C. R. G. et al. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 2, p. 83-90,