



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAIO FOURLAN MONTEIRO MOURA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO
RADIOGRÁFICA E TÉCNICA CIRÚRGICA NAS
EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES**

SOBRAL – CE

2018

CAIO FOURLAN MONTEIRO MOURA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO
RADIOGRÁFICA E TÉCNICA CIRÚRGICA NAS
EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri.

SOBRAL – CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M1a MOURA, CAIO.
ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO RADIOGRÁFICA E TÉCNICA
CIRÚRGICA NAS EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES / CAIO
MOURA. – 2018.
27 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus
de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri..

1. Terceiro Molar. Radiografia Panorâmica. Cirurgia Oral. I. Título.

CDD 617.6

CAIO FOURLAN MONTEIRO MOURA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO
RADIOGRÁFICA E TÉCNICA CIRÚRGICA NAS
EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri.

Aprovada em: 03.12.2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus Sobral*

Prof. Dr. Rodrygo Nunes Tavares
Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus Sobral*

Prof. Dr. Marcelo Ferraro Bezerra
Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus Sobral*

A Deus.

Aos meus pais, pilares da minha vida.

A todos que passaram em minha vida e
contribuíram direta ou indiretamente para
esse momento.

RESUMO

Introdução: As cirurgias dos terceiros molares representam um capítulo importante dentre as modalidades cirúrgicas buco-maxilo-faciais. As radiografias são necessárias para diagnóstico, planejamento pré-operatório e escolha da técnica para esse tipo procedimento. **Materiais&Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, com a análise descritiva dos dados. A amostra foi constituída de 100 pacientes (n = 100) provenientes da demanda espontânea que procuraram o ambulatório de Odontologia da UFC - *Campus* Sobral, no período de dezembro de 2017 e julho de 2018 e que seguiram os critérios de inclusão: presença de radiografia panorâmica, ausência de doença periodontal ativa e dentes com no mínimo dois terços de formação radicular; e como critérios de exclusão: pacientes com patologias ósseas associadas aos terceiros molares inferiores, dentes com menos de dois terços de formação radicular e pacientes que não desejassem participar do estudo. **Resultados:** Os pacientes incluídos no estudo possuíam idade entre 18 e 40 anos, a maioria do sexo masculino, com queixas algicas. Em relação à classificação de Pell&Gregory, as posições mais encontradas foram 1A (35%), 2B (28%) e 2A (17%). As técnicas cirúrgicas mais prevalentes foram as abertas (73%). Em relação às técnicas cirúrgicas, encontrou-se o seguinte: técnica cirúrgica fechada (fórceps ou alavanca) (n = 27), com confecção de retalho mais ostectomia (OST) (n = 25) e por retalho mais ostectomia mais odontosseção (ODS) (n = 48). **Conclusão:** Dentes com classificações radiográficas, grau de inclusão e planejamentos pré-operatórios diferentes, tiveram no ato cirúrgico o mesmo protocolo (Retalho + OST + ODS). Fica evidente que a classificação radiográfica ainda é um método eficaz para auxiliar no planejamento operatório, porém a mesma ainda pode ser complementada por outros padrões de diagnóstico, como uma classificação específica da anatomia radicular.

Descritores: Terceiro Molar. Radiografia Panorâmica. Cirurgia Oral.

ABSTRACT

Introduction: The third molar surgeries represent an important chapter among the oral and maxillofacial surgical modalities. Radiographs are necessary for diagnosis, preoperative planning and choice of technique for this type of procedure. **Materials and method:** A retrospective study was carried out, with the descriptive analysis of the data. The sample consisted of 100 patients (n = 100) from the spontaneous demand who sought out the Dental Clinic of UFC (Ceará's Federal University) - *Campus Sobral*, and who followed the inclusion criteria: patient with panoramic radiography, free of active periodontal disease and tooth with at least two thirds of root formation; and as exclusion criteria: patients with associated bone pathologies, teeth with less than two thirds of root formation and patients who did not wish to participate in the study. **Results:** Patients included in the study were from 18 to 40 years of age, most of them male, with complaints of pain. Using the radiographic classification of Pell & Gregory, the most found positions were 1A (35%), 2B (28%) and 2A (17%). The most prevalent surgical techniques were the open ones. Could be done the extraction by closed surgical technique (forceps or lever) (n = 27), with flap preparation plus osteotomy (OST) (n = 25) and flap plus osteotomy plus odontostomy (ODS) (n = 48). **Conclusion:** Teeth with radiographic classification, grade of inclusion and different preoperative plans had the same protocol (flap + OST + ODS) in the surgical act. It is evident that radiographic classification stills an effective method to aid in operative planning, but it can be complemented by other diagnostic standards, such as a specific classification of the root anatomy.

Keywords: Third Molar. Panoramic Radiography. Oral Surgery

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 9 |
| Materiais e Métodos: | 9 |
| Tipo de estudo, população e amostra | 10 |
| Coleta de dados | 10 |
| Considerações éticas e reguladoras | 10 |
| Resultados | 11 |
| Discussão | 14 |
| Conclusão | 18 |
| Referências | 18 |
| Anexos | 22 |

Introdução:

As cirurgias dos terceiros molares representam um capítulo importante dentre as modalidades cirúrgicas buco-maxilo-faciais. A radiografia panorâmica tem sido o método mais empregado por cirurgiões-dentistas para o diagnóstico, planejamento pré-operatório e escolha da técnica a ser empregada para esse tipo de cirurgia.¹⁻⁴ O estabelecimento do posicionamento de terceiros molares é de extrema importância para o devido planejamento cirúrgico, avaliação do grau de dificuldade do procedimento, correto diagnóstico e seleção do plano de tratamento^{5,6}. A inclusão é comumente relacionada com os terceiros molares inferiores, sendo estes seguidos dos terceiros molares superiores, caninos superiores e dentes supranumerários^{2-4,6}. A maior prevalência de inclusão dos terceiros molares favorece o destaque na literatura^{1,3,4,6,7}. Sua importância aumenta devido à enorme variedade de posicionamento, dificuldade no tratamento cirúrgico e por estar mais frequentemente associado a lesões patológicas^{6,7}. Como forma de identificar o grau de acessibilidade criou-se classificações para os dentes inclusos^{7,8}. As classificações mais utilizadas para retenções dentárias relacionadas aos terceiros molares inferiores são: em relação à angulação do dente⁷ e quanto ao grau de impacção⁸. Variações na posição dentária em relação ao tecido ósseo podem acarretar em dificuldades quanto a sua remoção, necessitando de técnicas específicas para cada caso. A técnica cirúrgica para a exodontia dos terceiros molares requer o respeito aos princípios cirúrgicos básicos dentre eles: confecção e manipulação do retalho, ostectomia e/ou odontosecção⁹. Este trabalho busca fazer uma associação entre classificação radiográfica e técnica cirúrgica relacionada aos terceiros molares inferiores erupcionados, semi-inclusos e inclusos, bem como confrontar os dados encontrados no presente levantamento com os dados descritos na atual literatura nacional e internacional.

Materiais e Métodos:

Tipo de estudo, população e amostra: Foi realizado um estudo retrospectivo, com análise dos dados de prontuários e com a análise descritiva dos dados. A amostra foi constituída de 100 exodontias de pacientes que realizaram cirurgia dos terceiros molares inferiores na clínica de cirurgia do curso de odontologia da UFC - *Campus* Sobral provenientes da demanda espontânea que procuraram o ambulatório de odontologia da UFC - *Campus* Sobral no período de dezembro de 2017 e julho de 2018, e que seguiram os critérios de inclusão: Dados completos dos pacientes, radiografia panorâmica,

indivíduos com idade entre 18 e 40 anos, pacientes com indicação para remoção dos terceiros molares inferiores, pacientes considerados saudáveis ou com doenças sistêmicas leves a moderadas (ASA I e II), análise feita com base nos dados da ficha clínica, pacientes livre de doença periodontal ativa, dente com no mínimo dois terços de formação radicular, pacientes que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido. E como critérios de exclusão: Pacientes com quadro de pericoronarite aguda com supuração no momento da intervenção, patologias ósseas associadas aos terceiros molares inferiores, pacientes ASA III e IV, dente com menos de dois terços de formação radicular, pacientes em uso de medicação que comprometam o processo cicatricial (Corticosteróides, Antineoplásicos, Bifosfonatos).

Coleta de dados

Para o registro e coleta de dados dos pacientes os prontuários selecionados foram utilizados fichas clínicas específicas. O conteúdo dessa ficha abrange dados de identificação, queixa principal, histórico do problema atual, história médica e odontológica pregressa e avaliação radiográfica dos terceiros molares, e a técnica cirúrgica utilizada. A avaliação radiográfica foi realizada por dois cirurgiões buco-maxilo-faciais. Os dentes foram classificados de acordo com a classificação de Pell&Gregory⁹, após observação da radiografia panorâmica o procedimento cirúrgico foi realizado por dois professores do curso de odontologia UFC – *campus* Sobral e por dois acadêmicos (4º e 5º ano de graduação) da Liga de Anatomia e Traumatologia Buco-maxilo-facial - (LATIUM) sob rigorosa orientação de seus coordenadores, ambos com mais de 10 anos de experiência clínica. Após a análise dos prontuários os dados cirúrgicos foram registrados em uma ficha de ato cirúrgico específica para o estudo.

Considerações éticas e reguladoras

Esta pesquisa foi conduzida em conformidade com a legislação brasileira vigente para pesquisa em seres humanos, Resolução CNS nº 466/12. Adicionalmente, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com o seguinte número de parecer: 2.454.518

RESULTADOS:**TABELA 1:** Especificação do estudo quanto ao sexo, idade e dentes removidos.

| Sexo (n = 100%) | |
|----------------------------------|-------------------|
| Homens | 65 / 65% |
| Mulheres | 35 / 35% |
| Idade (n= 100%) | |
| 18- 25 anos | 71/ (71%) |
| 26- 40 anos | 29 / (29%) |
| Dente removido (n =100%) | |
| Dente 48 | 52 / 52% |
| Dente 38 | 48 / 48% |

TABELA 2: Especificação do estudo quanto a queixa principal dos pacientes.

| Queixa principal (n =100%) | |
|------------------------------------|-----------------|
| Queixa álgica | 68 / 68% |
| Indicação ortodôntica | 13/13% |
| Pericoronarite crônica* | 10 / 10% |
| Prevenção de patologias | 6/6% |
| Dente cariado | 2/ 2% |
| Reabsorção do 2º molar | 1 / 1% |

TABELA 3: Especificação do estudo em relação ao tipo de bases anestésicas utilizadas e ao tipo de fio utilizado na sutura.

| Anestésicos (n = 100%) | |
|----------------------------------|-----------------|
| Articaína | 73/ 73% |
| Mepivacaína | 21/ 21% |
| Lidocaína | 6/ 6% |
| Fio de sutura (n = 100%) | |
| Seda 3.0 | 52 / 52% |
| Algodão 3.0 | 48/ 48% |

TABELA 4: Especificação do estudo quanto à técnica cirúrgica e tempo do procedimento.

| Técnica cirúrgica (n = 100%) | |
|--|-----------------|
| Fechada ou simples | 27 / 27% |
| Retalho + OST* | 25 / 25% |
| Retalho + OST + ODS** | 48 / 48% |
| Tempo de procedimento cirúrgico*** (n = 100%) | |
| Acima de 30 minutos | 67 /67% |
| Abaixo de 30 minutos | 33 / 33% |

Legenda: *Ostectomia / **Odontossecção / * Procedimento cronometrado a partir da anestesia até a sutura final.**

TABELA 5: Especificação do estudo quanto à erupção dentária.

| Classificação quanto o grau de erupção (n = 100%) | |
|--|-----------------|
| Semi-incluso | 58 / 58% |
| Erupcionado | 35 / 35% |
| Incluso | 7/ 7% |

TABELA 6: Especificação do estudo quanto à classificação de Pell&Gregory.

| Classificação de Pell&Gregory (n = 100%) | |
|--|-----------------|
| Classe I, posição A | 35 / 35% |
| Classe I, posição B | 13 / 13% |
| Classe I, posição C | 2 / 2% |
| Classe II, posição A | 17 / 17% |
| Classe II, posição B | 28 / 28% |
| Classe II, posição C | 1 / 1% |
| Classe III, posição A | 1 / 1% |
| Classe III, posição B | 1 / 1% |
| Classe III, posição C | 2 / 2% |

TABELA 7: Especificação do estudo quanto à técnica cirúrgica utilizada pela classificação de Pell&Gregory

| Classificação x Técnica cirúrgica (n = 27) | Fechada |
|---|--------------------|
| Classe I, posição A | 16 / 59,25% |
| Classe I, posição B | 3 / 11,11% |
| Classe II, posição A | 5 / 18,5% |
| Classe III, posição B | 1 / 3,7 % |
| Classe II, posição B | 2 / 7,4% |

TABELA 8: Especificação do estudo quanto às técnicas cirúrgicas abertas utilizadas por classificação de Pell&Gregory

| Classificação x Técnica cirúrgica (n = 73) | Retalho + OST (n = 25 /34%) | Retalho + ODS + OST (n = 48 /65%) |
|---|--|--|
| Classe I, posição A | 9 / 12,23% | 10 / 13,69% |
| Classe I, posição B | 2 / 2,73% | 8 / 10,95% |
| Classe I, posição C | 0 / 0% | 2 / 2,73% |
| Classe II, posição A | 1 / 1,36% | 11 / 15,06% |
| Classe II, posição B | 12 / 16,43% | 14 / 19,17% |
| Classe II, posição C | 0 / 0% | 1 / 1,37% |
| Classe III, posição A | 0 / 0% | 1 / 1,37% |
| Classe III, posição B | 0 / 0% | 0 / 0% |
| Classe III, posição C | 1 / 1,36% | 1 / 1,37% |

DISCUSSÃO:

Os fatores que influenciam a complexidade cirúrgica da extração de terceiros molares mandibulares impactados podem ser divididos em três grupos principais: relacionados à forma e posição do dente, variáveis operatórias (técnica cirúrgica e experiência do operador)¹⁰⁻¹² e variáveis demográficas (idade, sexo, etnia).¹⁰⁻¹³ A forma e a posição do dente têm sido consideradas por muitos anos os principais parâmetros a serem avaliados no planejamento pré-cirúrgico: Winter (1926)⁷ e Pell&Gregory (1933)⁸ ainda são as classificações mais difundidas para definir o grau de inclusão dos terceiros molares mandibulares em radiografias panorâmicas. Essas classificações auxiliam consideravelmente o profissional no que se refere à identificação da inclusão, a comunicação com outros cirurgiões-dentistas e ao delineamento de critérios de inclusão em estudos científicos, mas não fornecem estratificação padronizada da complexidade cirúrgica, correlacionada com a realidade clínica.¹⁴⁻¹⁷ Para procedimentos em ambiente ambulatorial, o uso de bases anestésicas é essencial para a condução do ato cirúrgico^{18,19}; o profissional pode utilizar uma gama variável de anestésicos com seus respectivos vasoconstrictores, porém a articaína a 4% com adrenalina 1:100.000, mepivacaína a 2%

com adrenalina a 1:100.000 e lidocaína a 2% com adrenalina a 1:100.000 são os dispositivos mais utilizados para indução anestésica²⁰, assim como pode ser visualizado no presente estudo. Devido a eficácia de anestesia, hemostasia e perfusão óssea transoperatória²⁰ a articaína foi a base anestésica mais prevalente para bloqueio do nervo alveolar inferior e nervos lingual e bucal. É estabelecida que - em dentes erupcionados - a técnica cirúrgica a ser empregada é a técnica fechada ou simples, que tem por características utilizar alavancas e fórceps para exodontia^{10,11,18,19}. No presente estudo, nota-se a maior prevalência de dentes em Classe I Posição A (35%), no caso, totalmente erupcionados e segundo as classificações radiográficas difundidas, com um grau de complexidade cirúrgica menor quando comparado a dentes mais inseridos no ramo mandibular e inferior em relação ao plano oclusal do segundo molar mandibular²¹. Mesmo em dentes mais simples, o planejamento cirúrgico mais utilizado (Retalho + OST + ODS 48%) foi o mesmo utilizado em dentes mais complexos: uso de princípios de exodontia complicada²², demonstrando que durante o ato cirúrgico o planejamento pode sofrer alterações conforme a complexidade do caso.²³⁻²⁵ Os resultados do estudo de Komerik et al, mostraram que os cirurgiões residentes e cirurgiões buco-maxilo-faciais experientes demonstraram uma capacidade semelhante para estimar a dificuldade de remoção do terceiro molar, embora, tenha sido afirmado que a dificuldade cirúrgica só pode ser apreciada com certeza durante o procedimento²⁶. A comparação da habilidade cirúrgica em exodontias entre os alunos do quarto e quinto ano de graduação não mostrou diferenças significativas²⁷, de acordo com o estudo de Majid em 2018. Como esperado, no nosso estudo e reforçado pelo estudo de Komerik et al em 2014, a complexidade operacional se correlacionou positivamente com a duração do tempo cirúrgico²⁶. No entanto, o tempo operatório nem sempre reflete a complexidade da cirurgia. Quando as operações demoram mais que o esperado, quase metade dos motivos citados pelos cirurgiões foram fatores que não podem ser avaliados no pré-operatório, como a incapacidade do paciente de manter uma abertura bucal adequada durante o ato cirúrgico e a ansiedade do paciente com o procedimento. Pode-se notar que, mesmo um cirurgião-dentista com experiência na exodontia de terceiros molares inferiores, pode alterar o planejamento pré-operatório devido ao insucesso na técnica fechada em um dente radiograficamente classificado como simples, pelo fato de não ser considerado um quesito importante da anatomia dental: a posição, formato e dilaceração de suas raízes.²³ É importante ressaltar que a anatomia radicular deve ser analisada durante o exame radiográfico, mas não há uma classificação radiográfica difundida mundialmente e

historicamente como a de Pell&Gregory e Winter^{12,24}. Sendo assim, o questionamento sobre um terceiro molar inferior erupcionado ser considerado simples por ter uma posição e angulação semelhante à de outros dentes permanentes é necessário para que não haja negligenciamento da morfologia radicular. Apenas em 2018²³, houve um estudo brasileiro que padronizou a anatomia radicular de 1205 terceiros molares inferiores analisados em radiografias panorâmicas, sendo a pesquisa mais relevante até o presente momento sobre o quanto a morfologia radicular pode mudar o planejamento de um terceiro molar a ser removido. Divergências, dilacerações, aumento de volume expressivo ou hiper cementose e anomalias radiculares podem necessitar de ostectomia e de odontosseção de um dente Classe I posição A, assim como foi visto no presente estudo, justificando o questionamento sobre técnicas diferentes em elementos dentários com posições semelhantes. O grau de formação radicular também tem influência na exodontia, quanto menor a formação, maior a facilidade de remoção do dente em desenvolvimento. O terceiro molar com menos de dois terços de formação radicular torna a cirurgia mais fácil do que a formação radicular completa, dessa forma, não se incluíram no presente estudo dentes com a formação radicular inferior a 66% por se tornar um viés na pesquisa.



Figura 1: Dente 38 e 48 com classificação radiográfica classe 1 posição A (mais prevalente no estudo, 35%).



Figura 2: Dente 38 e 48 com classificações radiográficas diferentes que necessitaram de planejamentos pré-operatórios diferentes e atos cirúrgicos iguais (Retalho + OST + ODS).



Figura 3: Elementos dentais 38 e 48 com mesma classificação radiográfica (1A) e anatomias radiculares diferentes, indicando protocolos cirúrgicos diferentes, dente 38 (retalho + OST) e dente 48 (retalho + OST + ODS).



Figura 4: Elementos dentais 38 e 48 com menos de dois terços de formação radicular, um dos critérios de exclusão do presente estudo.

CONCLUSÃO:

Dentes com classificações radiográficas, grau de inclusão e planejamentos pré-operatórios diferentes, tiveram no ato cirúrgico o mesmo protocolo (Retalho + OST + ODS). Fica evidente que a classificação radiográfica ainda é um método eficaz para auxiliar no planejamento operatório, porém a mesma ainda pode ser complementada por outros padrões de diagnóstico, como uma classificação específica da anatomia radicular. Apesar dos questionamentos colocados no presente estudo, a cirurgia de terceiros molares inferiores ainda é um procedimento seguro e eficaz para o paciente, seguindo as corretas indicações e planejamento cirúrgico pautado em evidências atuais e relevantes.

REFERÊNCIAS:

1. Badenoch-Jones EK, Lynham AJ, Loessner D. Consent for third molar tooth extractions in Australia and New Zealand: a review of current practice. *Aus Dent Journal* 2016; 61: 203–207.

2. Barbosa-Rebellato NL, Thomé AC, Costa-Maciel C, Oliveira J, Scariot R. Factors associated with complications of removal of third molars: a transversal study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010.
3. Baqain ZH, *et al*. Frequency estimates and risk factors for postoperative morbidity after third molar removal: a prospective cohort study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66: 2276-83.
4. Carter K, Worthington S. Predictors of third molar impaction: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Research* 2016; 95(3):267–76.
5. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Risk factors for inflammatory complications following third molar surgery in adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66: 2213-18.
6. Lee et al. Patients' satisfaction and prevalence of complications on surgical extraction of third molar. *Patient Preference and Adherence* 2015; 9: 257–263.
7. Winter GB. Impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book; 1926.
8. Pell GJ, Gregory GT. Report on a term-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod*. 1942; 28:660-6.
9. Mansuri S, Mujeeb A, Hussain SA, Hussain MAZ. Mandibular third molar impactions in male adults: Relationship of Operative time and Types of impaction on inflammatory complications. *J Int Oral Health*. 2014 Apr; 6(2):9-15.
10. Osunde OD, Saheed BD. Effect of Age, Sex and Level of Surgical Difficulty on Inflammatory Complications After Third Molar Surgery. *J. Maxillofac. Oral Surg* 2015; 14(1):7–12.
11. Patel S, Mansuri S, Shaikh F, Shah T. Impacted Mandibular Third Molars: A Retrospective Study of 1198 Cases to Assess Indications for Surgical Removal,

- and Correlation with Age, Sex and Type of Impaction—A Single Institutional Experience. *J. Maxillofac. Oral Surg* 2017; 16(1):79–84.
12. Brandt RG, Anderson PF, McDonald NJ, et al. The pulpal anesthetic efficacy of articaine versus lidocaine in dentistry: a meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 2011;142:493-504.
 13. Akadiri OA, Obiechina AE. Assessment of difficulty in third molar surgery: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67: 771–774.
 14. Stacchi et al. A classification for assessing surgical difficulty in the extraction of mandibular impacted third molars: Description and clinical validation. *Quintessence Int.* 2018
 15. Ghaemina et al. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal. Diagnostic accuracy of cone beam computed tomography compared with panoramic radiography. *Int J Oral Maxillofac. Surg* 2009; 38: 964–71.
 16. Hasegawa et al. Risk factors associated with inferior alveolar nerve injury after extraction of the mandibular third molar—a comparative study of preoperative images by panoramic radiography and computed tomography. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2013; 42: 843–851.
 17. Barreiro-Torres et al. Evaluation of the surgical difficulty in lower third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010 Nov 1;15 (6):e869-74.
 18. Su et al. Radiographic prediction of inferior alveolar nerve injury in third molar surgery. *Evidence-Based Dentistry* (2017) 18, 88-89.
 19. Peker et al. Panoramic radiography and cone-beam computed tomography findings in preoperative examination of impacted mandibular third molars. *BMC Oral Health* 2014, 14:71.

20. Maruthingal S, Mohan D, Maroli RK. A comparative evaluation of 4% articaine and 2% lidocaine in mandibular buccal infiltration anaesthesia: A clinical study. *J Int Soc Prev Commun Dent*. 2015;463–9.
21. Johnson TM, Badovinac R, Shaefer, J. Teaching alternatives to the standard inferior alveolar nerve block in dental education: outcomes in clinical practice. *J Dent Educ*. 2008;71:1145–52.
22. Peterson, Ellis, Hupp, Tucker. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 6th edition, 2016
23. Sampieri MBS, Viana FLP, Cardoso CL, Vasconcelos MF, Vasconcelos MHF, Gonçalves ES. Radiographic study of mandibular third molars: evaluation of the position and root anatomy in Brazilian population. *Oral Maxillofac Surg* 2018; 22(2):163–8
24. Juodzbaly G, Daugela P. Mandibular third molar impaction: review of literature and a proposal of a classification. *J Oral Maxillofac Res* 2013;4:e1.
25. Ruga et al. Mandibular Alveolar Neurovascular Bundle Injury Associated With Impacted Third Molar Surgery. *The Journal of Craniofacial Surgery & Volume* 21, Number 4, July 2010.
26. Komerik et al. Difficulty of Impacted Mandibular Third Molar Tooth Removal: Predictive Ability of Senior Surgeons and Residents. *J Oral Maxillofac Surg* 72:1062.e1-1062.e6, 2014.
27. Majid OW. Assessment of clinical ability in the removal of teeth among undergraduate dental students: a longitudinal comparative study. *Br J Oral Maxillofac Surg*(2017), <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.09.013>

ANEXOS:**ANEXO I - FICHA CLÍNICA****Liga de anatomia e traumatologia buco-maxilo-facial – LATIUM****PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**

Prontuário nº _____.

Nome: _____

RG. nº. _____ Órgão Expedidor _____

CPF nº. _____/____

Data de Nascimento ____/____/____

Sexo _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Profissão _____

Telefone: _____ Cel: _____ Email: _____

Endereço Residencial _____

Endereço Profissional _____

ANAMNESE

Está tomando algum medicamento? | | Sim | | Não.

Quais? _____

Tem algum tipo de alergia? | | Sim | | Não | | Não Sei.

Qual? _____

Sua pressão é: | | Normal | | Alta | | Baixa | | Controlada com medicamento

Possui alguma doença sistêmica? | | Sim | | Não

Qual? ? _____

Quando se corta há um sangramento | | Normal | | Excessivo

Sua cicatrização é: | | Normal | | Complicada

Já fez alguma cirurgia? | | Sim | | Não

Qual? _____

Está sob algum tratamento médico? | | Sim | | Não

Qual? _____

Data da última consulta médica? ___/___/___

Gestante? | | Sim | | Não | | Não Sei (Semanas: _____)

Problemas de saúde que já teve:

Bebe? | | Sim | | Não - Fuma? | | Sim | | Não - Usuário de Drogas | | Sim |
| Não - Obeso | | Sim | | Não

Obs.: _____

Queixa principal: _____

Já teve alguma reação com anestesia dental? | | Sim | | Não

Qual? _____

Quando foi seu último tratamento dentário?

Tem sentido alguma dor nos dentes ou na gengiva? | | Sim | | Não

Sua gengiva sangra? | | Sim | | Não | | Durante a higiene | | às vezes

Tem sentido gosto ruim na boca ou boca seca? | | Sim | | Não

Quantas vezes escova os dentes por dia?

Usa fio dental? | | Diariamente | | às vezes

Sente dores ou estalos no maxilar ou no ouvido? | | Sim | | Não

Range os dentes de dia ou de noite? | | Sim | | Não

Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? | | Sim | | Não

Considera-se um paciente | | calmo | | ansioso | | muito nervoso

Declaro para fins de direito que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Sobral, de de 20

Assinatura do paciente ou responsável

EXAME FÍSICO

Avaliação Física:

Pulso _____ bpm

Freq. Cardíaca _____ PA _____ X _____ (repouso)

Observações _____

PLANO DE TRATAMENTO – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Paciente: _____

Cirurgião-Dentista: _____

Opção de tratamento: (___) Opção 1 (___) Opção 2 (___) Opção 3

Opção 01: _____

Propósitos: _____

Riscos: _____

Opção 02: _____

Propósitos: _____

Riscos: _____

Opção 03: _____

Propósitos: _____

Riscos: _____

Declaro que o(a) cirurgião(ã)-dentista _____, esclareceu-me adequadamente os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, bem como que o sucesso do tratamento dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha colaboração, atendimento às prescrições, encaminhamentos e demais solicitações do profissional. Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações. Informo que, estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica, poderá haver a necessidade de alteração do plano de tratamento, da técnica empregada, e da previsão orçamentária. Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento – opção _____, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcando com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

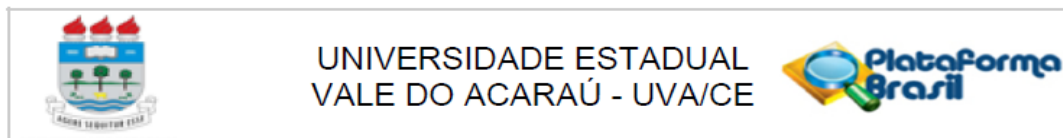
*Assinatura do Paciente ou seu
Responsável legal*

Cirurgião(ã)-Dentista

FICHA CLÍNICA

| Data | Evolução e Intercorrências do tratamento, inclusive observações | Assinatura do Paciente ou Responsável | Cirurgião-Dentista (Carimbo e Assinatura) |
|-------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANEXO III – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO RADIOGRÁFICA E TÉCNICA CIRÚRGICA NAS EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Pesquisador: Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80778417.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.454.518

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de TCC apresentado pelo Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.