RENATA MATALON NEGREIROS VICENTE

Terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental

São Paulo

2014

RENATA MATALON NEGREIROS VICENTE

Terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração:Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard-Michel Crosato

São Paulo

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Vicente, Renata Matalon Negreiros.

Terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental / Renata Matalon Negreiros Vicente; orientador Edgard-Michel Crosato. -- São Paulo, 2014.

130 p. : il. : fig., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.
Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Terceiro molar. 2. Cárie dentária. 3. Doenças periodontais. 4. Qualidade de vida. 5. Saúde bucal. I. Crosato, Edgard-Michel. II. Título.

Negreiros RM. Terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2014

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, que me guia e me presenteou com uma linda família

Com muito amor e carinho

Ao meu amado marido **Ricardo** e aos meus filhos **Vitor** e **Bruno**, razões de meu viver

Aos meus queridos pais **Keila** e **Elie**, eterna gratidão pela criação e afeto

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr Waldyr Antonio Jorge, agradeço pelo estímulo de crescimento constante, pela abertura de portas e pelo exemplo de conduta profissional, ética e moral. Professor que convivo a 10 anos, que sempre lutou pelo nossa especialidade. Ao homem que não brinca de ser pai, professor e cirurgião, soube me passar estes valores, dando conselhos e orientações nos três âmbitos.

Ao Prof Dr Edgard Michel Crossato, que muito admiro, pela orientação, dedicação, ensinamentos, exemplo de academicismo e pela oportunidade concedida de crescer e construir minha formação acadêmica na pós graduação. Trabalhamos juntos nestes últimos 6 anos, e a todo momento estive disponível para ensinar, ajudar e demonstrar sua dedicação e amor pelo ensino.

A banca de qualificação, Prof Waldyr Jorge, Prof Simone e Prof Michel-Crosato, pelas correções de rotas e criticas construtivas

Aos pacientes que enfrentam angústias, dor e sofrimento e ainda assim se dispuseram à fornecer informações inerentes a pesquisa

Aos funcionários FUNDECTO, Lucy, Salete e assistentes da clínica, pela contribuição no contato com os pacientes e pelo esforço diário e trabalho de assistência aos pacientes e ao curso

Aos colegas e assistentes do curso de especialização em CTBMF (Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) FUNDECTO (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e Cientifico da Odontologia) pela compreensão e ajuda em momentos que precisei me ausentar do curso para dedicação a coleta de dados clínicos e redação da tese

A todos professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social da FOU SP, por ter me dado a oportunidade de realizar uma meta que estava sendo buscada há anos, pelo empréstimo do instrumental utilizado na pesquisa clínica e auxílio nos trâmites burocráticos.

A minha família, Ricardo, Vitor e Bruno, agradecimento pela compreensão e desculpas pela minha ausência em vários momentos de lazer, jogos de futebol e outros. Vocês sabiam o quanto era importante para minha vida profissional alcançar este título e colaboraram, me concedendo tranquilidade para chegar lá

A minha amiga Patrícia Troncoso pela ajuda na correção gramatical e do texto

Aos funcionários da FMUSP, meu local de trabalho, que se dispuseram a ajudar e dar suporte em tudo que fosse preciso

Ao PAE (Programa de Assistência ao Ensino), pela bolsa concedida durante 4 meses. A Bolsa Capes, que recebi por alguns meses.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

Negreiros RM. Terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Original

A cárie e a doença periodontal são doenças crônicas da cavidade oral. A cárie dentária ainda continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. A maioria dos estudos de levantamento de cáries excluem os terceiros molares. A presença destes dentes pode levar à doença periodontal na região, e muitas vezes, pode levar à injúrias e prejuízo à saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida. A incidência de cárie e doença periodontal pode variar em função da posição do terceiro molar. Material e método: tratou-se de um estudo clínico, transversal, observacional, onde foram avaliados 116 pacientes que procuraram a triagem do curso de especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FUNDECTO-FFO-USP, para avaliação da necessidade de exodontia dos terceiros molares. As variáveis avaliadas foram: cárie, doença periodontal e qualidade de vida. A avaliação da cárie foi feita através de exame clínico com sonda exploradora e espelho clínico; a doença periodontal através de sondas milimetradas em dois pontos, considerando sua presença da doença quando bolsa maior que 4 mm, bem como, a presença radiográfica de ambos. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio do questionário Ohip-14, aplicado sobre forma de entrevista. A avaliação da posição dos terceiros molares realizou-se por meio da avaliação clínica e de radiografias panorâmicas, segundo a classificação de Pell e Gregory e Winter. O objetivo foi avaliar se a posição do terceiro molar interfere na incidência de cárie e doença periodontal, mensurar a qualidade de vida, e contribuir na tomada de decisão terapêutica de exodontia. Os dados foram analisados no pacote estatístico STATA 13.0, com estatística descritiva e inferencial. O nível de significância utilizada foi de 95%. Resultados: angulação e semierupção aumentam a incidência de cárie e doença periodontal em terceiros molares. Sintomas e idade são fatores associados a cárie e Dp. Cáries nos superiores alteram domínios 3 e 6 e Dp nos inferiores alteram domínios 3 e 4. Alterações patológicas na região alteram o domínio 7. Conclusão: a posição dos dentes influenciam na incidência de cárie e doença periodontal em terceiros molares. Cárie e doença periodontal tem impacto na qualidade de vida. A Pesquisa teve aprovação do comitê de ética em pesquisa da FOUSP sob numero 280084.

Palavras chaves: Dente serotino: Cárie dentaria: Doenças periodontais: Qualidade de vida.

ABSTRACT

Negreiros RM. Third molar: evaluation of caries, periodontal disease and quality of life and its variation concerning to dental position [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Original

Caries and periodontal disease are chronic diseases of the oral cavity. Dental caries still remains the main problem of oral health of Brazilians. Most clinical studies of caries do not consider third molar teeth. The presence of these teeth can lead to periodontal disease in the region, and often can lead to injuries and damage to the oral health, having a significant impact on the quality of life. The incidence of caries and periodontal disease can vary depending on the position of the third molar. Methods: We performed a clinical, observational cross-sectional study within 116 patients. That were screened attending to evaluate the need for extraction of third molars at the specialization course of Oral and Maxillofacial Surgery of FUNDECTO-FFO-USP. Caries, periodontal disease and quality of life are the outcomes that were evaluated by the main researcher. Caries lesions were assessed by visual tactile examination and periodontal disease through two probing sites around third molar, considering the presence of periodontal pathology when at least one periodontal probing depth was greater than 4 mm, and both were evaluated by radiograph diagnostic methods. The assessment of oral health related quality of life by *Oral Health impact Profile* questionnaire (OHIP-14), applied as an interview. The evaluation of the position of the third molars was made by clinical and panoramic radiographs according to the classification of Pell and Gregory and Winter. The aim of these study was to evaluate whether third molar position interferes with the incidence of caries and periodontal disease, in addition to measure the quality of life, and contribute in making treatment decisions for extraction. Data was treated and analyzed according to STATA 13.0, software with descriptive and inferential statistics. The level of significance used was 95%. Results: partially erupted and angulation of third molar increase the incidence of caries and periodontal disease in these teeth. Symptoms and age are factors associated with caries and periodontal disease. Patients with caries have higher scores in domains 3 and 6 and those with periodontal disease have higher scores in domains 3 and 4. Pathologies on third molar region had impact on domain 7. Conclusion: tooth position influence on the incidence of caries and periodontal disease in third molars. Caries and periodontal disease have impacts on the quality of life. The study had the approval of ethics committee from University of Sao Paulo Dental School (numero 280084).

Keywords: Molar third: Dental caries: Periodontal disease: Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 - Distribuição dos participantes segundo perguntas do questionário Ohip-14. Brasil, 2014.....	78
Figura 5.2 - Distribuição dos participantes segundo dominios do questionário Ohip-14. Brasil, 2014.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -Distribuição dos participantes segundo gênero. Brasil, 2014	70
Tabela 5.2 -Distribuição dos participantes segundo idade. Brasil, 2014	70
Tabela 5.3 -Distribuição dos participantes segundo sintomas. Brasil, 2014.....	70
Tabela 5.4 - Distribuição dos participantes segundo tempo da ultima visita ao dentista. Brasil, 2014	71
Tabela 5.5 - Distribuição dos participantes segundo motivo da procura do serviço. Brasil, 2014	71
Tabela 5.6 -Distribuição dos participantes segundo presença de cárie de cada dente. Brasil, 2014.....	73
Tabela 5.7 - Distribuição dos participantes segundo presença de cárie de 3Ms superiores e inferiores. Brasil, 2014.....	73
Tabela 5.8 - Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal de cada dente. Brasil, 2014.....	74
Tabela 5.9 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp de dentes superiores e inferiores. Brasil, 2014.....	75
Tabela 5.10 – Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter, Pell e Gregory e relação com plano oclusal, de cada terceiro molar. Brasil, 2014.....	76
Tabela 5.11 - Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter, Pell e Gregory e relação com plano oclusal, de dentes superiores e inferiores. Brasil, 2014.....	77
Tabela 5.12 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e cáries. Brasil, 2014	80
Tabela 5.13 - Distribuição dos participantes segundo presença de cáries 3Ms e posição oclusal. Brasil, 2014.....	80
Tabela 5.14 - Distribuição dos participantes segundo presença de cáries de 3Ms superiores e posição de Winter. Brasil, 2014.....	81
Tabela 5.15 - Distribuição dos participantes segundo presença de cáries 3Ms e posição Pell e Gregory. Brasil, 2014.....	81
Tabela 5.16 -Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e sintomas. Brasil, 2014	82
Tabela 5.17 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e idade. Brasil, 2014	82

Tabela 5.18 - Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal em 3Ms inferiores e posições de Winter. Brasil, 2014.....	83
Tabela 5.19 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp em 3Ms e posição Pell e Gregory. Brasil, 2014.....	83
Tabela 5.20 - Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal e posições de Winter. Brasil, 2014.....	84
Tabela 5.21 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e idade. Brasil, 2014	84
Tabela 5.22 - Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e Dominio 3. Brasil, 2014.....	84
Tabela 5.23 - Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e Dominio 6. Brasil, 2014.....	85
Tabela 5.24 -Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e domínio 1 e 7. Brasil, 2014.....	85
Tabela 5.25 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e Ohip. Brasil, 2014.....	85
Tabela 5.26 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e Dominio 2. Brasil, 2014	86
Tabela 5.27 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e Dominio 4. Brasil, 2014	86
Tabela 5.28 - Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e domínio 2 e 7. Brasil, 2014.....	87
Tabela 5.29 - Distribuição dos participantes segundo presença de alteração patológica e dominio 7. Brasil, 2014.....	87
Tabela 5.30 - Distribuição dos participantes segundo presença de alteração patológica e idade. Brasil, 2014	87
Tabela 5.31 - Distribuição dos participantes segundo presença de sintomas e ohip total Brasil, 2014	88
Tabela 5.32 - Distribuição dos participantes segundo presença de sintomas e domínios 2,3 e 5 . Brasil, 2014	88

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

3M	Terceiro molar
3Ms	Terceiros molares
1M	Primeiro molar
2M	Segundo molar
Dp	Doença periodontal
Ohip	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PO	Pós-operatório(s)
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionado à saúde
%	Porcento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 - Terceiros molares (3Ms)	19
2.1.a – Exodontia.....	21
2.1.b-Exodontia assintomáticos ou profilática	25
2.1.c – Cáries	32
2.1.d - Doença Periodontal (Dp)	39
2.1.e - Cáries e Dp em 3Ms.....	44
2.1.f – Posição.....	49
2.2 - Qualidade de vida (QV)	54
2.2. a- Qualidade de vida relacionada á saúde bucal (QVRS).....	54
2.2.b - Ohip (<i>Oral Health Impact Profile</i>).....	56
2.2.c- Domínios.....	60
2.2.d - Qv, cáries e Dp em 3Ms	61
3 PROPOSIÇÃO	64
3.1 - Objetivo Geral.....	64
3.2 - Objetivo Secundário.....	64
4 MATERIAL E MÉTODOS	65
4.1 - Tipo de Estudo.....	65
4.2. - Características da Amostra	65
4.2.a - Critérios de Inclusão	65
4.2.b - Critérios de Exclusão	65
4.3 - Variáveis do Estudo	66
4.4 - Coleta de Dados	66
4.5 - Grupos Existentes.....	67
4.5. a Classificação de Pell e Gregory (1933).....	67
4.5.b - Classificação de Winter (1926).....	68
4.5.c - Relação com o plano oclusal	68
4.6 - Análise de Dados	68

5 RESULTADOS	70
5.a -3M.....	70
5.b- Cárie	71
5.c - Dp	73
5.d- Posição.....	75
5.e- QV-Ohip	78
5.f- Cárie e Dp Juntos (alteração patológica).....	79
5.g - Cárie e Posições	80
5.h-Cárie com sintomas	81
5. i- Cárie com idade e gênero	82
5. j- Dp com posição.....	82
5.l- Dp com sintomas	83
5.m- Dp com idade e gênero.....	84
5.n - Ohip com cárie	84
5.o- Ohip com Dp	85
5.p - Ohip com cárie e dp	87
5.q- Ohip com sintomas.....	88
6 DISCUSSÃO	89
6.1 - Terceiros molares	89
6.1.b-Exodontia assintomáticos ou profilática	92
6.1.c- Cáries	94
6.1.d- Doença Periodontal (Dp)	98
6.1.e- Cáries e Dp em 3Ms.....	101
6.1.f- Posição.....	103
6.1.g- Posição e cáries	105
6.1.h- Posição e Dp.....	107
6.1.i- Posição e caries e Dp	108
6.1.j- Cáries e sintomas	108
6.1.j- Cáries e sintomas	109

6.2- Qualidade de vida (QV)	109
6.2-a- Qualidade de vida relacionada á saúde bucal QVRS	109
6.2.b- Ohip (<i>Oral Health Impact Profile</i>)	110
6.2.c- Qv cáries e Dp e 3Ms	111
6.2.d- Ohip com cáries	112
6.2.e- Ohip com Dp	113
6.2.f- Ohip com cáries e Dp	114
6.2.g- Ohip com sintomas	114
7 CONCLUSÕES	115
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	125

1 INTRODUÇÃO

Os terceiros molares (3Ms) são dentes com pouca função (Silvestri; Singh, 2003) e alto índice de doenças associadas a ele (Kaveri; Prakash, 2012).

As cáries e doenças periodontais são doenças crônicas da cavidade oral e afetam a maioria da população (Divaris et al., 2012). São classificadas no código internacional de doenças, CID-10 (classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde) como K 02 e K 05, respectivamente.

A cárie é uma doença infecto contagiosa, associada à interação de muitos fatores de risco, chamada de multifatorial (Fejerskov, 2004). É o maior motivo das perdas dentárias, nas primeiras décadas de vida, e adultos também podem continuar vulneráveis a mesma (Divaris et al., 2012).

Existem poucos dados na literatura sobre cáries em 3M (Divaris et al., 2012), frequentemente os 3Ms são excluídos de análises em estudos populacionais (Garaas et al., 2011), pois estes dentes podem estar ausentes clinicamente, por já terem sido extraídos, por anodontia, por estarem inclusos por falta de espaço no arco, já que são os últimos dentes a erupcionar, ou podem estar mal posicionados (Ahmad et al., 2008).

Alguns fatores influenciam na ocorrência de cáries, como grau de escolaridade, nível de higienização, frequência de escovação, abastecimento de água, frequência de visitas ao dentista (McCoy, 2012), e condições socioeconômicas (Divaris et al., 2012). A dieta também pode ser entendida como um fator modificador (Junqueira, 2007). O conhecimento da situação do ambiente cariogênico e do perfil do paciente, pode levar a identificar grupos de risco para cáries em 3Ms (Ahmad et al., 2008).

A doença periodontal (Dp) é uma doença inflamatória com condição localizada específica que afeta um ou mais tecidos periodontais, incluindo osso alveolar, ligamento periodontal, cemento e/ou gengiva (McCoy, 2012).

Uma possível causa da doença periodontal (Dp) nesta região são os 3Ms (Chang et al., 2009). Quando eles se formam causam um aumento da profundidade da bolsa periodontal, e piora na condição periodontal entre segundo molar (2M) e 3M (Blakley et al., 2006).

É difícil estimar se o 3M vai erupcionar ou não em uma posição funcional. Muitas patologias podem envolver os 3Ms. Qualquer alteração patológica detectada nos 3Ms, levará a decisão de extrair ou tratar, sendo a primeira a indicação mais comum (Ahmad et al., 2008).

A angulação e grau de impacção do 3M influenciam na ocorrência de alterações patológicas em 3Ms. A posição deve ser levada em consideração na tomada de decisão de exodontias (Polat et al., 2008). Quanto maior a angulação destes dentes, maior a dificuldade em higienizar, reter alimento e consequente facilitação na colonização de bactérias (Falci et al., 2012).

Muitas vezes, a presença destes dentes pode levar a injúrias e prejuízo à saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida (QV) das pessoas, que podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão (Slade et al., 2004).

Qualidade de vida é definida como a auto-avaliação da pessoa sobre si mesma e funcionalidade em diferentes domínios da vida. É uma avaliação subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, e ainda quantificava (Niv; Kreidler, 2001).

Assim, os estudos endereçados pelos termos relação de qualidade de vida e qualidade de vida são importantes determinantes de cuidados de saúde, regimes de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido (Locker; Allen, 2007).

Os clínicos e seus pacientes querem saber sobre a chance de um 3M permanecer na boca sem ser acometido por cárie e Dp ao longo da vida (Garaas et al., 2011).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Terceiros molares (3Ms)

A impacção do 3M pode ocorrer porque a irrupção é dificultada por dentes adjacentes (discrepância dento óssea negativa), por denso revestimento ósseo, por excesso ou resistência de tecido mole sobreposto (Peterson et al., 2000).

Os 3Ms são os dentes com maior incidência de inclusão. Isso deve-se ao fato de serem os últimos dentes a completar sua formação e, cronologicamente os últimos a irromper, ficando susceptíveis à falta de espaço no arco dentário. Podendo resultar em um dente erupcionado, parcialmente erupcionado ou incluso, não conseguindo romper o denso revestimento ósseo, ou o tecido mole sobreposto (Peterson et al., 2000).

Pell e Gregory (1933) desenvolveram uma classificação para determinar o grau de inclusão dos 3Ms inferiores em relação ao ramo ascendente da mandíbula (I, II ou III) e em relação a face oclusal do segundo molar adjacente (A, B ou C). Já Winter (1926), classificou os 3Ms quanto à sua posição no arco (vertical, disto angulado, mesioangulado, horizontal, labial, lingual ou paranormal) (Peterson et al., 2000).

Há milhares de anos atrás as longas mandíbulas dos ancestrais da espécie humana mostravam o benefício que os 3Ms traziam para a dentição. Ao longo dos anos, a medida que o tamanho da mandíbula diminuiu, assim como, o espaço necessário para incluir o 3M na dentição, a tendência dos 3Ms não erupcionarem aumentou. Atualmente, existe uma alta prevalência de pacientes que possuem 3Ms até a idade adulta. E estes podem possuir um ou mais 3Ms impactados ou com higienização dificultada. Normalmente estes, são dentes com pouca função e alto índice de doenças associadas (Silvestri; Singh, 2003).

É difícil estimar se o 3M vai erupcionar ou não. Muitas patologias podem envolver os 3Ms. Até o fim do crescimento mandibular, não se sabe se o dente atingirá o plano oclusal. A idade mais frequente de erupção dos 3Ms ocorre entre os 19,5 anos e 23 anos (Ahmad et al., 2008).

Os tipos de rosto esqueléticos podem determinar o tipo de impacção dos 3Ms. A causa da impacção dos 3Ms é a falta de espaço entre a distal do 2M e a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula. A quantidade de espaço é determinada pelo padrão de

crescimento facial. Paciente com crescimento horizontal, chamados braquifaciais (ângulo com eixo maior que 93 graus), tem menor incidência de impacção de 3Ms quando comparados ao padrão vertical, dolicofaciais (ângulo com eixo facial menor que 87 graus), numa proporção de 1 para 2 Quanto maior o padrão de crescimento facial mais espaço para o 3M erupcionar e não ficar incluso, a incidência de 3MS inferiores impactados neste estudo foi 58,76% (Breik;Grubor, 2008).

Quando o 3M não erupciona no rebordo alveolar é por falta de espaço ósseo na região (Haug et al., 2009).

A média de idade de erupção dos 3Ms pode ser diferente quando levado em conta diferença de etnia e raça da população (Phillips;White, 2012).

Os 3Ms ausentes clinica e radiograficamente chamamos de anodontia, é o dente mais comum em ausência congênita, incidência de 10% de anodontia de um deles e 4% de anodontia dos quatro (McCoy, 2012).

Os 3Ms são caracterizados por variações de morfologia, tipo de raiz, tempo de formação, e tempo de erupção. A formação do 3M inicia entre 3 a 4 anos de idade, a calcificação aos 7 a 10 anos, a coroa se completa entre 12 a 16 anos. A erupção ocorre normalmente entre 17 a 21 anos. Em caso de pacientes submetidos a tratamento ortodôntico, os 3Ms podem levar a apinhamento ou desajuste oclusal após o tratamento ortodôntico finalizado, sendo indicado a exodontia (McCoy, 2012).

Dentes impactados são um problema atual para os dentistas. Os dentes são chamados de impactados quando não erupcionam na posição natural, por osso muito denso, obstrução pelo dente adjacente, ou por não romper o tecido mole. A forma de tratar, pode ser remoção da obstrução ou do próprio dente (McCoy, 2012).

Ao longo dos anos a mandíbula se tornou menor, na evolução da espécie humana, sem alteração do numero e tamanho dos dentes. Isto levou a desarmonia de ossos e dentes, o que contribui para o alto grau de impacção. O 3M é o ultimo dente a desenvolver, erupcionar e mineralizar na dentição permanente. Cinicamente é o dente que mais fica impactado e responsável por patologias como periodontite, pericoronarite, apinhamento dental, dor, cistos, etc. erupciona entre 17 a 25 anos de idade (Zhang; Zhang, 2012).

Os 3Ms são constituídos por esmalte e dentina como os outros dentes, mas tem um potencial aumentado de desenvolver anormalidades. A erupção do 3M pode ocorrer no final da adolescência, o momento de erupção varia de 13 a 20 anos de idade. São os últimos dentes a se desenvolver. Aos 8-9 anos aparecem radiograficamente, aos 14 a coroa fica visível, completando a formação radicular em torno dos 20 anos (Kaveri; Prakash, 2012).

Os 3Ms têm alta frequência de polimorfismo, mal posicionamento no arco, impacção e agenesia. São os únicos dentes a se desenvolverem após o nascimento. A iniciação do desenvolvimento não começa pela lâmina dental do ectoderma, migrando distalmente na boca de uma criança em crescimento. Está relacionada a interação do mesênquima que é derivado da crista neural embriogênica . Se estes dois tecidos nunca interagirem, nenhum dente irá se formar (Mikic et al., 2013).

O dente mais frequente em estar incluso na cavidade oral é o 3M inferior, devido á falta de espaço, podendo causar pericoronarite, cáries e desenvolvimento de alteração patológica na região (Al Anqudi et al., 2014).

2.1.a – Exodontia

A decisão de remover um 3M é provavelmente a decisão mais enfrentada pelos cirurgiões. Esta decisão deverá ocorrer no meio da terceira década de vida do paciente. O profissional deverá ter evidências sólidas para nortear esta decisão. A decisão do paciente também deverá ser considerada (Knutsson et al., 1996).

Neste estudo, 18% dos pacientes apresentavam 3Ms com alterações patológicas e 82% dos pacientes mais jovens (por volta dos 23 anos de idade), tendiam a não ter patologias associadas à 3Ms A pericoronarite foi a maior ocorrência com 64%, as cáries foram a segunda com 31%, a periodontite com 8% e 5% de cáries no 2M. Com o passar da idade, as patologias diminuíram, de 61% com 20 a 29 anos para 7% com 40 a 49 anos (Knutsson et al., 1996).

Qualquer alteração patológica detectada nos 3Ms, levará a decisão de extrair ou tratar estes dentes, o mais comum é a indicação de exodontia (Ahmad et al., 2008).

A exodontia de 3M é muito praticada por cirurgiões bucomaxilofaciais. A decisão de extrair ou não deve ser individualizada. A presença de cistos associados a 3M é mais comum em pacientes de 20 a 25 anos de idade. Um em cada 5 pacientes de 30 anos tem pelo menos um 3M não erupcionado, e este pode ser mantido assim pro resto da vida. A exodontia de 3M é indicada nos casos de: pericoronarite, celulite, abscessos, osteomielite, cistos e tumores, cáries não passíveis de restaurações e bolsas periodontais (Adeyemo et al., 2008).

Caso o paciente opte por manter o 3M, um acompanhamento rigoroso será necessário (Blakey et al., 2006).

Dados que detectam quais são os fatores de risco para patologias em região de 3Ms, são úteis para pacientes e dentistas, objetivando a manutenção da saúde bucal. Determinar qual risco aumenta com o passar do tempo ajuda na tomada de decisão das exodontias de 3Ms (Moss et al., 2007b).

A frequência de tratamentos preventivos pode variar conforme o risco estimado para cada paciente. Pacientes e dentistas querem saber o que fazer com 3Ms erupcionados, sem patologias, e se continuarão assim, para o resto da vida (Moss et al., 2007a).

Quando alterações patológicas em 3M são detectadas, os clínicos têm dificuldade em decidir se devem tratar ou extrair. Segundo, Ahmad et al. (2008), 3Ms funcionais e sem patologia podem ser mantidos na boca por anos.

As indicações clássicas de exodontias de 3Ms são infecção, lesões cariosas não passíveis de restauração, cistos, tumores, destruição óssea na região. A exodontia de 3Ms só pode ser justificada quando a indicação certamente trará benefício ao paciente. A decisão de extrair ou não é uma das mais comuns para os cirurgiões bucomaxilofaciais (Polat et al., 2008).

A possibilidade de ocorrência de complicações pós-operatórias (PO), devem influenciar na indicação de exodontia, a chance de complicações é menor quando extraídos antes dos 24 anos (Polat et al., 2008).

As indicações de exodontia do 3M são: dor, pericoronarite, dente cariado não passível de restaurar, facilitar a manutenção de Dp, infecção crônica ou aguda, erupção ectópica, tamanho do dente, alterações patológicas (Haug et al., 2009).

A exodontia de 3M é uma das cirurgias mais comuns no campo da cirurgia maxilofacial. A impacção do 3M pode levar a pericoronarite e cáries. Dentre as indicações das exodontias descrevem dor, cáries não passíveis de restaurações, progressão de Dp, pericoronarite e outras (Chang et al., 2009).

Os clínicos estão focados em melhorar a orientação dada aos pacientes sobre 3M, há poucas pesquisas sobre ausência e presença de 3M. A maioria dos 3Ms são extraídos por causa das patologias associadas (Moss et al., 2009).

Muitos 3Ms são extraídos em adolescentes sem documentar o motivo da exodontia (Blakey et al., 2010).

No último SB Brasil, foi observado, na população adulta, que menos extrações foram realizadas; isto quando se trata de caries nos outros dentes (excluindo 3Ms), com significativo aumento das restaurações, fato que dificilmente acontece com os 3Ms (Ministério da Saúde, 2010).

Exodontias na adolescência reduzem os riscos de complicações quando comparado a pacientes com mais idade (Celikoglu et al., 2010).

Muitos adultos jovens tem seus 3Ms removidos e por isto poucos dados destes dentes são coletados. Após a terceira década de vida os índices de complicações pós-operatórias aumentam (White et al., 2011).

A maioria dos 3Ms são extraídos nos Estados Unidos antes dos 25 anos de idade, por isto, as pesquisas de 3Ms visíveis na boca ficam com poucos dados (Garaas et al., 2011).

A idade que seria mais prudente de fazer a exodontia é antes dos 25 anos, ou ainda antes que o desenvolvimento radicular se complete. Após 25 anos a exodontia de 3M tem maior risco de complicações. É um consenso geral que dentes com sintomas estão indicados a serem removidos. A indicação de exodontias ocorre na presença de cáries que dificilmente podem ser restauradas nesta região, além de pericoronarite, cistos, tumores e Dp (Rafetto, 2012).

Existem inúmeras razões para extrair 3M precocemente, incluindo o aumento da dificuldade técnica para exodontia, após o desenvolvimento das raízes, espessamento dos ligamentos periodontais com a idade, possível aparecimento de anquilose, a mandíbula se torna mais esclerótica com a idade e a hipercementose pode ocorrer, além das complicações e cicatrizações piorarem com o avanço da idade.

Pacientes menores de 25 anos tem menor risco de complicações PO na exodontia de 3M (Pogrel, 2012).

O risco de cáries em 3Ms pode ser um determinante na decisão de removê-lo ou não (Divaris et al., 2012).

Riscos e benefícios de manter o 3M são importantes e um acompanhamento deve ser feito para verificar a ocorrência de patologias (Marciani, 2012).

Exodontias de 3Ms é um dos procedimentos mais comuns na cirurgia bucomaxilofacial. O estado de impacção do 3M e a angulação do dente foram avaliados. As indicações de exodontia foram: episódios recorrentes de pericoronarite, reabsorções, cáries, perda óssea na região, cáries e Dp no 2M (Christensen et al., 2012).

No estudo de Falci et al. (2012), foi encontrado 19,3% de dentes cariados em pacientes entre 23 a 57 anos, indicando que o índice de cárie é maior em pacientes mais velhos. A idade é um fator de risco para o desenvolvimento de cáries no 2M, dependendo da angulação do 3M. Mulheres preocupam-se mais com cuidados de higiene oral e têm melhores índices de higienização (Falci et al., 2012).

Os números de exodontias realizadas diminuíram ao longo dos anos e o número de exodontias de dentes não impactados aumentou. Também aumentou a incidência de pericoronarite e cáries em 3M, são 40% das indicações de exodontias. As cáries em 3Ms são mais comuns em pacientes entre 33 a 35 anos. A faixa etária de realização de exodontia aumentou, bem como as complicações cirúrgicas cresceram, pois pacientes mais velhos tem mais complicações. A presença de 3Ms molares erupcionados cresceu, assim como cáries e Dp (Renton et al., 2012).

Historicamente, muitos estudos excluía os 3Ms das amostras por não estarem presentes no momento da coleta, estarem inclusos ou já terem sido extraídos (Kaveri; Prakash, 2012).

O objetivo do estudo de Carvalho et al. (2013), foi determinar o grau de dificuldade da cirurgia e identificar os fatores preditivos associados a dificuldades nas exodontias de 3Ms superiores. A proporção entre os gêneros foi 3 pra 1, predominando o feminino. A exodontia dos 3Ms é o procedimento mais comum na cirurgia oral e requer planejamento adequado, dicas no diagnóstico e acompanhamento intra e pós operatório. Idade foi o único fator que interferiu no grau de dificuldade da cirurgia, o que pode estar relacionado ao aumento da densidade óssea (Carvalho et al., 2013).

A exodontia em pacientes geriátricos pode ser associada a um aumento do risco de complicações e maior dificuldade de recuperação PO. Encontraram em uma amostra de pacientes menores que 30 anos, apenas metade dos 3Ms mantidos na boca, e isto diminui com o passar da idade (Jung; Cho, 2013).

As alterações patológicas em região de 3Ms encontradas foram: cáries, lesões apicais, reabsorção óssea alveolar (Mikic et al., 2013).

O valor clínico dos 3Ms existe em alguns casos, pessoas tem benefícios em restaurar 3Ms, quando estes servem de apoio para próteses fixas, ou removíveis (Mikic et al., 2013).

Dentre as indicações de exodontias de 3Ms incluíram as cáries não passíveis de ser restauradas e infecção. A exodontia traz benefícios como o alívio da dor. Para indicar exodontia devemos pesar benefícios versus o risco de complicações PO (Coulthard et al., 2014).

2.1.b-Exodontia assintomáticos ou profilática

Quando se trata de dentes com patologias associadas, a decisão é única e fácil de ser tomada, indica-se a exodontia. O problema é quando se trata de dente assintomático, que teoricamente, não trará nenhum benefício ao paciente. Sugeriram que apenas os 3Ms que iniciaram o processo eruptivo sejam extraídos e que pacientes acima de 50 anos não extraiam os 3Ms (Knutsson et al., 1996).

Os Cirurgiões-dentistas clínicos também enfrentam uma dificuldade no momento de indicar manter ou não os 3Ms, principalmente os inclusos assintomáticos, que são descobertos em radiografias panorâmicas. É controversa a indicação da exodontia para prevenir futuros problemas, ao invés de monitorá-lo (proservá-lo). A decisão apropriada requer conhecimento do seguimento clínico de cada alternativa, assim como, dos efeitos que eles têm na vida dos pacientes (Shugars et al., 2004).

Quando se trata de 3Ms, a exodontia é a opção mais prudente, se for optado por mantê-lo na boca, deve-se controlar e instalar medidas preventivas até a terceira década de vida. Um adulto jovem, com boa higiene, e sem evidência de bactérias produtoras de ácido colonizadas no biofilme, pode optar por manter o 3M, desde que seja acompanhando rigorosamente (Shugars et al., 2004).

Patologias associadas a 3Ms justificam a exodontia profilática, esta indicação ainda é praticada universalmente na Europa e EUA. 18% dos 3Ms extraídos são com indicação profilática. A justificativa desta indicação, é para minimizar o risco de doenças como cistos e tumores, diminuir o risco de fraturas mandibulares em região de 3Ms, risco cirúrgico aumentado em pacientes com mais idade e que os 3Ms não tem uma função definida da cavidade oral (Adeyemo, 2006).

Alguns cirurgiões indicam a exodontia dos quatro 3Ms quando fazem a exodontia de um deles por presença de patologias. Metade dos pacientes que fazem exodontia de 3Ms não tem indicação para tal (Adeyemo, 2006).

Indicar exodontia profilática na ausência de qualquer uma destas alterações e injustificável, pois a exodontia pode ter associações a complicações cirúrgicas e outras desordens. Existe um impacto adverso na QV com as exodontias dos 3M (Adeyemo, 2006).

No estudo de Moss et al. (2007a), a experiência de cárie ou de Dp em idosos na oitava década de vida foi grande, estes dados são uteis a pacientes e dentistas na tomada de decisão de exodontia de 3Ms assintomáticos (Moss et al., 2007a).

Cirurgiões maxilofaciais fazem exodontias de 3Ms rotineiramente, extrair 3Ms assintomáticos ainda é controverso, uma vez que a ausência de sintomas não significa ausência de doenças (Marciani, 2007).

A exodontia de 3Ms assintomáticos chamou a atenção pública, manter o dente pode ocasionar patologias e consequências futuras, porém, um controle rígido, pode poupar o paciente de passar por cirurgia. Pacientes podem ter dor PO, faltar em suas atividades diárias por conta de complicações PO, desnecessariamente (Marciani, 2007).

Para prevenir cáries e Dp indicamos a exodontia do 3Ms, extraí-los seria mais prudente. Pacientes assintomáticos podem também ter cáries nos 3Ms, porém esta ocorrência pode ser limitada a quem já tem experiência de cárie em outros dentes (Marciani, 2007).

A decisão de tratar ou não é complexa; o biofilme das bactérias etiológicas da cárie e Dp, dificilmente serão alteráveis ou removidos, por isto, a Dp em 3Ms assintomáticos é um dilema (Ahmad et al., 2008).

A justificativa para exodontia profilática em 3Ms assintomáticos tem sido adotada como medida preventiva, porém com poucas argumentações (Polat et al., 2008).

A exodontia profilática de 3M era comum, porém hoje em dia se mostra com pouco suporte científico para indicá-la. A decisão será tomada em conjunto cirurgião e paciente (Allen et al., 2009).

Quando optar-se por manter os 3Ms, devemos monitorizá-lo cuidadosamente, avaliando clínica e radiograficamente, instruindo como higienizá-lo (Allen et al., 2009).

Blakey et al. (2009), encontrou 25% de Dp em 3M assintomático.

A erupção parcial do 3M inferior pode levar a ser considerada a sua exodontia preventiva, pela presença de cáries nele ou no 2M. Cáries no 2M causadas pelo 3M, levam a necessidade de exodontia do 3M e tratamento da cárie no 2M, e algumas vezes exodontia do 2M também (Chang et al., 2009).

A validade da exodontia profilática do 3M é controversa, detecta-se um alto índice de indicação de exodontia para prevenir cáries, principalmente se o risco de cárie para aquele indivíduo for elevado, esta será indicada como forma de prevenir a cárie no 2M (Chang et al., 2009).

Nem todos os 3Ms devem ser extraídos, os sintomáticos obviamente sim. Os 3Ms assintomáticos podem ter um alto número de diversos micróbios que podem resultar em morbidades e contribuir para agravar doenças sistêmicas. A ausência de sintomas não determina a ausência de doenças ou patologias (Haug et al., 2009).

Pacientes mais velhos apresentam mais morbidade cirúrgica nas exodontias de 3Ms, e a exodontia preventiva pode ser considerada como uma modalidade promotora de saúde oral a longo prazo. Extrações tardias aumentam o risco de cáries (Chang et al., 2009).

A maioria dos 3Ms não exercem função e 60% podem desenvolver patologias como cáries, periodontite e pericoronarite. A decisão de extrair ou não será em função do risco de desenvolver patologias em pacientes assintomáticos (Haug et al., 2009).

Com o objetivo de preservar a saúde periodontal, prevenir patologias, e otimizar o tratamento ortodôntico indica-se a exodontia de 3Ms assintomáticos. A Dp é considerada como risco pré-operatório para exodontia de 3M e será associada a um aumento de risco de complicação PO (Haug et al., 2009).

Muitos dentistas recomendam a exodontia de 3Ms assintomáticos em pacientes com mais idade, uns 35 anos (Deepti et al., 2009).

Os 3Ms são caracterizados por uma grande variação de desenvolvimento ao longo do tempo, tamanho da coroa e formato das raízes. O maior problema de adolescentes é extrair ou não estes dentes, principalmente os assintomáticos. Eles podem causar cáries, Dp, absorção radicular, etc. A indicação de exodontia profilática estima o risco de doenças futuras (Celikoglu et al., 2010).

Para os pacientes que tem 3Ms assintomáticos é relevante saber as vantagens de manter estes dentes e o risco de serem acometidos por cáries durante a vida (Fisher et al., 2010).

Frequentemente doenças crônicas como cáries e Dp não produzem sintomas (Garaas et al., 2011).

Estudos recentes enfatizam que a ausência de sintomas não significa ausência de patologias. Os 3Ms devem ser extraídos antes de completar a formação radicular para prevenir Dp. A maioria dos adultos tem pelo menos um terceiro molar na boca e três quartos tem os quarto 3Ms, mas é importante destacar que o termo assintomático não quer dizer livre de doença. A decisão de manter um dente assintomático deve acompanhar a tomada de consciência de acompanhamento por um futuro longo (White;Proffit, 2011).

Em 1962 relatou-se os primeiros casos de Dp associada a 3M, e sugeriu-se fazer a exodontia profilática antes que o 3M se forme totalmente (White et al., 2011).

Pacientes assintomáticos devem ser cuidadosamente avaliados (Baelum et al., 2012).

A indicação da exodontia de 3Ms assintomáticos é baseada no benefício de prevenção de doenças. Existem controvérsias associadas, principalmente quando se trata de dentes assintomáticos, a tomada de decisão da exodontia deve considerar as patologias associadas,

pois a ausência de sintomas não significa ausência de patologias. O Cirurgião pode ficar numa posição de conflito de interesse no quesito financeiro (Rafetto, 2012).

A ausência de sintomas não significa estar livre de patologias. A decisão de manter o 3M na boca, é uma decisão para o resto da vida, haverá necessidade de ter seguimento para prevenir doenças (Rafetto, 2012).

Enquanto a exodontia de 3M apresenta risco, deve ser pesado contra o risco de surgir alguma alteração patológica ao longo dos anos e o benefício de prevenir esta doenças ou controlar eternamente (Rafetto, 2012).

A Dp tem alto índice de incidência em dentes semierupcionados ou erupcionados desta região, sendo outro fator que pode levar a indicação da exodontia profilática (Rafetto, 2012).

A questão de extrair ou manter um 3M assintomático sem doenças existe há anos. O custo da exodontia versus o custo de manter o dente e tratar alterações patológicas futuras, foram comparados. Os custos associados a não extrair o 3M assintomático e livre de doenças, excederam os custos de extrai-los (Koumaras, 2012).

A decisão de extrair ou não o 3M assintomático pode ser individualizada de acordo com a higiene oral, status de erupção, localização anatômica e a preferência do paciente. O Cirurgião dentista deve revisar os riscos e benefícios e pesar a vontade do paciente (Dodson, 2012).

Pacientes assintomáticos e sem doenças que escolhem manter 3M devem saber da necessidade de um seguimento longo, exame clínico e radiográfico a cada 24 meses pro resto da vida (Dodson, 2012).

A escolha de um adulto jovem de acompanhar um 3M por muito tempo, e bem difícil, e a recuperação pós-operatória é mais complicada com o passar dos anos, o que leva a um grande número de indicação profilática das exodontias dos 3Ms (Phillips; White, 2012).

A ciência atual identificou alto índice de patologias associadas a 3Ms assintomáticos. O suporte periodontal da região não sustenta ou garante que a erupção aconteça de forma completa (Rafetto; Synan, 2012).

A decisão de exodontia deve ser baseada na avaliação de potenciais benefícios versus riscos de tratar. Nas situações onde existe a patologia presente a decisão é fácil. É comum remover os 3Ms antes do desenvolvimento de patologias e sintomas (Rafetto; Synan, 2012).

Quando optar por manter o 3M deve-se acompanhar periodicamente para verificar a presença de alterações clínicas ou radiográficas. Há situações em que a exodontia do 3M está contraindicada, devido a idade avançada dos pacientes, saúde precária, e riscos de danos as estruturas vizinhas (Rafetto; Synan, 2012).

A recomendação para exodontia de 3Ms sintomáticos é universal, e em dentes assintomáticos livres de doenças é incerta. Depende de risco e benefícios e em antecipar a chance de doenças. A exodontia de 3M, em pacientes mais velhos, tem maiores chances de complicações pós-operatórias. 60% dos pacientes assintomáticos acabam optando por extrair profilaticamente. Saber sobre os fatores etiológicos que aumentam o risco de cárie é benéfico à população e aos CDs e a saúde pública (Divaris et al., 2012).

A maioria dos dentistas indica a exodontia profilática dos 3Ms ao invés de conservá-los. Estudos mostram que raramente os 3Ms ficam sem cárie e Dp (Divaris et al., 2012).

O risco de cárie e Dp aumenta ao longo do tempo, mesmo sem sintomas e os demais dentes podem ser afetados por Dp. Quando mantidos na boca devem ser acompanhados regularmente (Fisher et al., 2012).

A ausência de sintomas em 3M não significa ausência de patologia (Marciani, 2012).

Promotores de saúde bucal devem se interessar por doenças associadas a 3Ms assintomáticos, e decidir se devem os 3Ms serem removidos para antecipar futuros problemas ou não. A indicação de exodontia profilática deve ser baseada em evidências clínicas. Dentes assintomáticos não significam livres de doença, 3Ms negligenciados podem causar sérias doenças, e este risco aumenta com a idade (Marciani, 2012).

Os pacientes que mantêm 3M na boca devem ser acompanhados periodicamente clínica e radiograficamente antes que se tornem sintomáticos. 25% de dentes assintomáticos apresentaram Dp na região de 3M (Marciani, 2012).

Adultos jovens tendem a querer saber se os 3Ms assintomáticos ficaram livres de doença a vida toda. Aos 30 anos de idade poucos pacientes têm 3Ms na boca para que se possa estudar. 3Ms sem sintomas não quer dizer sem doenças. Neste estudo, dois terços de dentes assintomáticos apresentavam alguma patologia nos 3Ms (Garaas et al., 2012).

Em 2000, foi publicado o guia clínico feito pelo Nacional Institute of Clinical Excellence (NICE) onde foi preconizado evitar as exodontias de 3Ms profilaticamente, fazer-la somente quando existir indicação clínica. Após este guia ter sido publicado e seguido ocorreram efeitos colaterais: as exodontias foram realizadas em pacientes mais velhos, com indicações, segundo o guia. A remoção do dente sintomático alivia a dor e melhora a saúde oral e a função. Mais recentemente, quando publicado a revisão de Cochrane, a decisão de exodontia profilática foi prudente, podendo ser utilizada para algumas indicações (Renton et al., 2012).

Os 3Ms podem permanecer assintomáticos por muitos anos, mas também podem causar dores agudas, infecção, tumores, cistos, cáries, doença periodontal, e perda do dente

adjacente. É unânime a indicação de exodontia em 3Ms sintomáticos, mas os assintomáticos são um grupo especial que a indicação varia individualmente. 95% dos americanos de 18 anos de idade tem 3M que não tem função na mastigação. 60% destes irão desenvolver algum tipo de patologia, incluindo cáries, Dp, ou pericoronarite. Pacientes assintomáticos, não estão livres de doenças, quando se trata de 3Ms. Dentre os pacientes com 3Ms na boca, assintomáticos, 25% apresentam bolsa maior que 5 mm na região mesial do 3M inferior, e podem manifestar uma doença periodontal ativa. A decisão de exodontia é multifatorial e envolve várias considerações, alterações patológicas (McCoy, 2012).

Existem diferentes razões para as indicações profiláticas e algumas medidas preventivas que foram sugeridas, como a exodontia precoce do 3M para evitar complicações PO, principalmente a lesão nervosa. A exodontia profilática leva a recuperação mais rápida e melhor prognóstico (Zhang; Zhang, 2012).

A maioria dos adultos enfrenta a decisão de extrair seus 3Ms, que não é uma decisão uniforme, especialmente quando os dentes são assintomáticos. A controvérsia existe na decisão entre extrair o 3M para prevenir futuros problemas e decidir simplesmente monitorá-lo. Alguns autores, tem receio de indicar a exodontia por causa do risco de desconforto pós-operatório (Negreiros et al., 2012).

Outros autores defendem a exodontia profilática de 3Ms inferiores parcialmente erupcionados em virtude da possibilidade de desenvolver cáries, Dp ou sintomas dolorosos (Falci et al., 2012).

Dentes visíveis tem 1,5 vezes mais chance de ter Dp, existem pacientes com Dp em 3M que não tem sintomas. No momento de decidir sobre a indicação da exodontia esta informação deve ser avaliada e pesado os prós e os contras. A permanência destes dentes pode levar a Dp na região. A justificativa para exodontia profilática incluem a necessidade de minimizar o risco de doenças e o aumento da dificuldade cirúrgica quando o paciente ficar mais velho. Os 3Ms não tem função definida na boca. As cáries e Dp em 3M ocorrem em pacientes mais velhos (Kaveri; Prakash, 2012).

As indicações da exodontia de 3M são bem estabelecidas. A exodontia de 3Ms livres de patologia é comum, porém não é unânime (Oderinu et al., 2012).

O exame clínico oral deve ser essencial para manter os dentes assintomáticos em boas condições de saúde bucal. A exodontia de 3M com sintomas reduz a dor e melhora a saúde e função oral do paciente. O instituto nacional de excelência clínica (NICE) introduziu em seu guia indicações para exodontia, e sugeriu evitar a exodontia profilática, em 2000, pedindo que fosse descontinuada esta indicação. As indicações de exodontia deveriam ser pericoronarite,

abscesso, cáries não passíveis de restaurações, reabsorções externas, danos a dentes vizinhos, cistos e tumores, dentes quebrados. A indicação de exodontia profilática deve ser baseada pesando risco benefício. A exodontia precoce dos 3Ms pode reduzir o risco de complicações PO em pacientes mais velhos, assim como o risco de cárie e Dp na região. E assim, sugeriu-se a indicação de exodontia profilática em dentes mesioangulados e horizontais, especialmente em dentes na posição A (Jung; Cho, 2013).

A maioria dos adultos jovens tem pelo menos um 3M na boca, problemas de retenção destes dentes são comuns, e por isto muita gente não quer manter estes dentes. Dados de 3M frequentemente não são coletados em estudos clínicos ou, algumas vezes, são excluídos (Fisher et al., 2013).

No momento da decisão da exodontia do 3M devemos lembrar que a ausência de sintomas não significa ausência de doenças, $\frac{3}{4}$ dos pacientes não tinham sintomas e tinham patologias. Muitos autores reconhecem que a ausência de sintomas não significa ausência de doenças patológicas (Fisher et al., 2013).

A exodontia profilática para 3Ms não erupcionados é um procedimento cirúrgico comum nos Estados Unidos, entretanto, poucas evidências científicas existem para justificá-la, tanto do ponto de vista de custo quanto de morbidade. Uma causa da indicação da exodontia no 3M livre de doenças é a prevenção nos dentes adjacentes (Nunn et al., 2013).

Existia uma tendência em afirmar que não há evidências para indicar exodontia profilática em 3Ms assintomáticos, porém em 2013, a *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, publicou como indicação da exodontia a associação encontrada entre a presença de Dp e o aumento da bolsa periodontal na região com a presença do 3M (Nunn et al., 2013).

60% dos pacientes assintomáticos preferiu a exodontia do que manter os dentes, diminuindo assim, os 3Ms na boca com a evolução da idade (Jung; Cho, 2013).

A exodontia de 3Ms assintomáticos melhora o status periodontal da região. A pericoronarite é uma condição inflamatória do periodonto que se manifesta através de muita dor, edema, linfadenopatia, trismo e febre (Dicus -Brookes et al., 2013).

Existe uma controvérsia entre remover dentes saudáveis. Alguns autores indicam a exodontia apenas onde houver doença. Cáries ocorrem na distal do 2M quando o 3M fica na boca. Estas devem ser motivo de indicação profilática de exodontias do 3M, principalmente quando eles estiverem parcialmente erupcionados e mesioangulados (McArdle et al., 2014).

A permanência do 3M na meia idade aumenta o risco de patologia ligadas a região, mas talvez, esse benefício seja pequeno para indicar a exodontia profilática destes dentes (Friedman, 2014).

78% dos pacientes que procuram exodontia para evitar futuros problemas, pacientes não querem correr o risco de ter dor. A decisão deve ser tomada em conjunto pesando riscos e benefícios para cada um, individualmente (Tang et al., 2014).

2.1.c - Cáries

Cárie é uma doença infecciosa que afeta individualmente e a decisão de tratar , quando ocorrem em 3M, depende da experiência de cárie de cada indivíduo. As bactérias patogênicas da cárie são *Streptococcus Mutans*, colonizam o biofilme e a placa dental. Se o mecanismo autoimune permitir, elas irão se espalhar pela saliva e causar lesões nos dentes adjacentes (Shugars et al., 2004).

A saúde bucal continua dando ênfase á prevenção, poucos dados existem sobre 3Ms, pois a maioria dos estudos não incluem estes dentes (Shugars et al., 2004).

A localização anatômica dos 3Ms torna difícil de restaurar estes dentes, também tornam os mesmos mais suscetíveis ao acúmulo de placa. Aos 20 anos de idade, mais da metade dos 3Ms superiores estão erupcionados e um quarto dos inferiores também. Todos estes ficam suscetíveis à cáries (Shugars et al., 2004).

Shugars et al. (2004), estudaram cáries oclusais em 3Ms assintomáticos, objetivando determinar a prevalência de lesões cariosas ou dentes restaurados em 3Ms assintomáticos, e associar a ocorrência de cáries nos outros dentes, através de exame clínico e radiográfico .

Pacientes com mais de 25 anos de idade apresentaram mais cáries em 3Ms do que pacientes mais jovens (39% versus 11 %). Dentes inferiores são mais afetados que os 3Ms superiores. Encontrou-se 28% de ocorrência de cáries em 3M e 72% em outros molares. 95% de pacientes com cáries nos 3Ms apresentavam cáries nos outros molares. 36% de pacientes com cáries nos outros dentes têm o 3M afetado por cárie (Shugars et al., 2004).

Shugars et al. (2004), encontraram em sua amostra 1/3 com cáries em 3M, 42% sem experiência de cáries em 3M, 72% não tiveram evidência de cárie em 3M, 28% tiveram cáries em 3M, e 50% cáries em outros dentes. Shugars et al. (2004), afirmaram que 40% de pacientes com 25 anos podem esperar ter cáries em 3M na terceira década de vida.

A prevalência de cárie em pacientes mais jovens foi maior, mas não unicamente em 3Ms. Existiu associação da presença de cáries em 3Ms com cáries em outros dentes (Shugars et al., 2004).

Cáries não ocorrem isoladamente nos 3Ms, o risco potencial de cáries em 3M deve ser calculado baseando-se na condição de saúde bucal do indivíduo, e o monitoramento destes dentes deve sempre ocorrer (Shugars et al., 2004).

Cáries fazem parte do grupo de doenças complexas e multifatoriais. É uma doença infectocontagiosa. A flora bacteriana bucal irá formar um biofilme na superfície dentária. O flúor atua na prevenção e controle das cáries, assim como a dieta e a escovação supervisionada (Fejerskov, 2004).

No levantamento nacional de saúde bucal realizado no ano de 2003 (SB 2003), a cárie dentária ainda continuar sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, foi observado na população adulta, que menos extrações foram realizadas, com um significativo aumento das restaurações, sugerindo assim, que a população adulta passou a ter mais acesso aos serviços odontológicos ofertados (Ministério da Saúde, 2004).

A maioria dos dentistas quase não tem informações sobre risco de cárie antes que elas possam ser detectadas clinicamente. Para que uma cárie seja detectável clinicamente nos 3Ms, pode levar anos, pois normalmente estes dentes erupcionam na segunda década de vida (Shugars et al., 2005).

Clínicos relatam que a presença de cáries é o maior fator para indicar exodontia de 3M em jovens com boa saúde oral (Shugars et al., 2005).

Cárie é uma doença infecciosa que afeta o paciente individualmente. A decisão sobre o tratamento mais apropriado do dente cariado depende da experiência de cárie de cada um. Cárie requer a presença de uma bactéria colonizadora específica, formadora de ácido no biofilme aderida a superfície do dente (Shugars et al., 2005).

A presença de cáries nos 3Ms pode estar associada à presença de cáries nos outros dentes. A associação entre experiência de cáries e 3Ms assintomáticos cariados existiu, um terço do estudo de Shugars tinham cáries nos 3Ms, e destes todos tinham cáries em 1M ou 2M (Shugars et al., 2005).

As fissuras oclusais profundas dos 3Ms são susceptíveis ao acúmulo do biofilme, a posição do 3M na arcada e a anatomia da superfície oclusal levam ao acúmulo de biofilme na superfície (Shugars et al., 2005).

Neste estudo, 1/4 dos pacientes não tinham cáries em nenhum molar na avaliação inicial e um quinto não apresentaram cáries durante o seguimento. 74% tinham experiência de cárie

nos 1 e 2M. Estes pacientes com experiência de cárie apresentam 1,5 vezes mais chance de ter cáries no 3M (Shugars et al., 2005).

Pacientes com boa higiene oral não tiveram evidência de produção de bactérias colonizadoras do biofilme. A experiência de cáries em outros dentes indica a presença da bactéria cariogênica ou ácido-formadora, isto pode ser útil para decidir extrair ou não 3M semierupcionado, pois pacientes na terceira década são mais susceptíveis a cáries. A anatomia da superfície oclusal e a posição do dente na mandíbula tornam difícil a prevenção de cáries (Shugars et al., 2005).

40% de adultos jovem devem ter experiência de cárie até a terceira década, que acaba sendo a época onde o 3M fica mais suscetível á cáries (Shugars et al., 2005).

Shugars et al. (2005), comparou a incidência de cárie em 3Ms com cáries nos outros molares. Foi realizada a avaliação clínica e radiográfica da cárie. Cárie nos 1Ms e 2M é fator preditivo para cárie no 3M. Pacientes mais velhos tem mais cáries na avaliação inicial. 43% e idem no seguimento. Pacientes mais jovens desenvolveram mais cáries ao longo dos anos. Avaliação inicial, 29% de cáries e após anos, aumenta para 33% incidência de cáries em jovens. Os 3Ms inferiores apresentaram mais cáries do que os 3Ms superiores 37% contra 29%. Pacientes mais jovens tem maior incidência de caries, os terceiros molares inferiores são mais afetados do que os terceiros molares superiores (Shugars et al., 2005).

Ao analisar o significado da exposição a procedimentos coletivos na infância, sobre os níveis de cárie dentária em adolescentes, Junqueira em 2006, concluiu que não foram efetivos para diminuir a média do CPOD de beneficiados (Junqueira, 2007).

Com a fluoretacão de águas de abastecimento e uso de dentifrícios fluoretados, o índice de cáries sofreu um declínio de 1986 para 2002 de 62%. A incidência de cáries é regulada por fatores protetores e por fatores patológicos. Os fatores protetores são o fluxo salivar e os componentes da saliva como proteínas, cálcio, fosfato, flúor e antibacterianos. Os patológicos são as bactérias, diminuição do fluxo salivar, e componentes da dieta como carboidratos. A exposição aos fatores de risco para a cárie como a escovação diária, o consumo de açúcar, e a exposição a algum método de flúor, classifica o individuo em três níveis de risco, alto, moderado e baixo. A clássica relação entre dieta e cárie foi revista nos últimos anos, e ao invés de ser considerada como causa primaria, é entendida como um fator modificador (Junqueira, 2007).

Poucos estudos incluem os 3Ms na análise de cáries. Em vários estudos os 3Ms nem são mencionados. As bactérias formadoras do ácido cariogênico estiveram presentes no biofilme oral, colocando o individuo como candidato a novas cáries, caso entrem em atividade

metabólica novamente. A incidência e prevalência de cáries em 3Ms foram associadas com cáries em outros dentes. Apenas 8% tiveram cáries nos 3M, sem cáries em outros dentes. O risco de cáries podem aumentar ao longo do tempo (Moss et al., 2007b).

Segundo Shugars, a presença de cáries nos 3Ms pode estar associada á presença de cáries nos outros dentes, e o conhecimento desta situação pode levar a identificar grupos de risco para cáries em 3Ms (Ahmad et al., 2008).

O conhecimento da situação do ambiente cariogênico e do perfil de higiene do paciente, pode levar a identificar grupos de risco para cáries em 3Ms (Ahmad et al., 2008).

Poucos estudos epidemiológicos relatam a prevalência de cáries e a experiência de restaurar 3Ms. Restaurar 3Ms é difícil devido é posição anatômica (Allen et al., 2009).

Cáries foram encontradas em pacientes de 20 anos, 30, 40 e 50, predominantemente aos 30 anos, isto porque extrair os 3Ms tardiamente pode causar cáries (Chang et al., 2009).

O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em 1986 pelo ministério da saúde estimou que aos 12 anos o índice de CPOD médio chega a 6,6 dentes afetados e que a cada quatro adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos três necessitavam de prótese total (Carvalho et al., 2009).

Considerando que a maioria dos estudos de levantamento de cáries exclui os 3Ms, e focando o cenário epidemiológico brasileiro entre os adultos jovens, podemos inferir que os 3Ms irrompidos adequadamente na arcada dentária, possam estar tendo mais tempo na boca (Ministério da Saúde, 2010).

No SB Brasil 2010, avaliou-se adolescentes de 15 a 19 anos, o 3M que foi mais acometido por cárie foi o 48 (83/ 1329), seguido do 38 (74/ 1314). Os 3Ms inferiores foram mais acometidos que os superiores 18 (55/990) e 28 (58/1020). Somando aos restaurados, 48 (124), 38 (120), 18 (76) e 28 (79). A maioria dos 3M estavam hígidos. Os 3Ms inferiores foram mais restaurados que os superiores. Houve uma prevalência de cáries em 3Ms no sexo feminino (54,14%) (Ministério da Saúde, 2010).

No SB Brasil 2010 observou-se um aumento da ocorrência e gravidade da cárie dentária mais elevados na adolescência (CPO-D=4,2) quando comparados a infância (CPO-D=2,10), período este que poderá coincidir com o momento da erupção dos 3Ms (Ministério da Saúde, 2010).

O trabalho de Fisher et al. (2010), estudou a experiência de cárie em 3M nos americanos de meia idade e idosos, com o objetivo de estabelecer relação entre cáries de 3M e dentes mais anteriores.

Como a cárie é uma doença infecciosa que afeta os pacientes individualmente, a decisão de tratar ou remover depende na experiência de cárie de cada um. Existe uma dificuldade em tratar cáries em 3Ms devido a localização anatômica destes dentes. Como consequência, a exodontia é indicada em 3Ms acometidos por cáries (Fisher et al., 2010).

Moss et al. (2007b), relatou 42% da população de seu estudo (idosos) tinham pelo menos um molar visível na boca e 28% desta amostra tinham cáries em 3M. Shugars et al. (2005), relatou um resultado semelhante com amostra de pacientes jovens com os quatro 3Ms assintomáticos 29% com pelo menos um 3M visível tiveram experiência de cáries (Fisher et al., 2010).

A coleta de dados desse estudo foi realizada através de exame visual tátil e sem rx associado. Em 69% dos pacientes não foi detectado 3M visível. 31% com pelo menos um 3M visível na boca. 48% tinham apenas um 3M visível e 24% tinham pelo menos três 3M visíveis. Os resultados mostraram que apenas 1% do 3Ms visíveis eram livres de cáries em outros dentes também. 77% de presença de cáries em pelo menos um 3M. Cáries são mais prevalentes em outros dentes quando comparados a 3M. A experiência de cárie requer uma colonização específica, bactéria ácido-formadoras no biofilme atrelado a uma superfície dentária suscetível a elas. Se o requisito do microrganismo estiver presente no biofilme de um dente, todos os dentes visíveis na boca correm risco de serem acometidos (Fisher et al., 2010).

Para indivíduos com cárie precoce em outros dentes, o risco de cáries nos 3Ms é maior quando o 3M erupcionar. Em pacientes sem experiência de cáries, esta são mais incomum em 3M (Fisher et al., 2010).

A relação entre cáries em outros dentes e cáries em 3M foi comparada cáries nos 3Ms, e esta foi associada a experiência de cárie nos outros dentes (Fisher et al., 2010).

Pacientes da raça negra tem menos cáries em 3Ms do que pacientes da raça branca. Idade e gênero não tiveram associação com a ocorrência de cárie em 3M (Fisher et al., 2010).

Baleum et al. (2012), estudaram as implicações das estratégias de diagnóstico da lesões de cárie para decisões clínicas. Utilizaram o exame visual e tátil para detectar lesão de cárie, distinguiram entre lesões cavitadas ou não cavitadas, enquanto que as radiografias determinam a profundidade das lesões, a associação destes métodos foi boa para detectar cáries. Existem vários métodos de detectar cáries: radiográfico, Diagnodent e fluorescência. O método visual tátil foi através do uso do explorador e ar da seringa tríplice, com o explorador devem ser removidos os debris da superfície oclusal (Baleum et al., 2012).

Mesmo hoje em dia, a cárie é a doença bacteriana mais comum. Cáries dentárias são processos infecciosos irreversíveis, que causam desmineralização dos elementos calcificados

do dente, incluindo esmalte, dentina e cemento. Ocorre a destruição do material orgânico, e pode levar a morte do dente, e/ou infecção. Os dois grupos de bactérias ligados a cárie dental são *Streptococcus Mutans* e *Lactobacillus Acidophilus*. Estes são coletados em volta dos dentes e gengiva no biofilme chamado placa bacteriana. A bactéria é ácido formadora na presença de substrato de carboidratos fermentáveis, como sacarose, frutose, glicose, obtidos de alguns grupos de alimento. O ácido fica nas fissuras e fôssulas dos dentes e produz desmineralização do dente levando a cárie. A saliva age como reguladora deste processo. Dependendo da quantidade de saliva produzida, a remineralização e desmineralização ficarão equilibradas. Quando a produção salivar está diminuída as cáries aumentam. Os levantamentos epidemiológicos de cáries não incluem 3Ms. Nesta amostra, cerca de 22 a 33% de adultos jovens tinham o 3M erupcionado no plano oclusal e estes afetados por cárie. E os indivíduos acima de 25 anos serão mais afetados ainda, isto porque os 3Ms erupcionam mais tarde que os outros dentes. Até erupcionarem totalmente, vão acabar desenvolvendo as cáries mais tardiamente. Normalmente o 3M será acometido quando o 2M e 1M também foram acometidos por cárie. A localização anatômica dos 3Ms impede que estes dentes sejam facilmente restaurados (McCoy, 2012).

Alguns fatores vão influenciar nesta ocorrência, como grau de escolaridade, nível de higienização, frequência de escovação, abastecimento de água, frequência de visitas ao dentista (McCoy, 2012).

A maioria dos estudos de cáries excluem os 3Ms. Por causa de estarem ausentes (inclusos, anodontia, já terem sido extraídos) estarem mal posicionados ou semierupcionados (Divaris et al., 2012).

A higiene oral favorável e as condições socioeconômica melhores foram associadas a diminuição do risco de cárie. Uso de fio dental e frequência de higiene maior diminuem os índices de cáries em 3M. Não foi encontrada diferença de gênero e nem de idade neste estudo. Pacientes jovens fumantes com má higiene e menor condição socioeconômica tem maior incidência de cáries. Os adultos de todas as idades continuam vulneráveis à cáries. Quanto mais tempo os dentes permanecem na boca ficam mais vulneráveis à cárie (Divaris et al., 2012).

Divaris et al. (2012), estudaram os fatores de risco para cáries oclusais em 3Ms, em um estudo longitudinal. Verificaram a incidência de cáries e a relação com fatores de risco. As cáries foram avaliadas pelo método tátil e visual e associados à radiografia (Divaris et al., 2012).

Encontraram 33% de cáries oclusais em um ou mais 3Ms. 80% dos 3M acabam cariando ao longo dos anos. 2/3 de pacientes de meia idade tinham cáries em 3Ms, alguns grupos foram afetados desproporcionalmente. Foram quantificado cáries em 1M e 2M, e encontrado existir uma forte relação entre cárie em 3M e outros molares. A incidência de cáries em 3M foi de 11%. A incidência foi maior em 1M do que 2M, que é maior que 3M (Divaris et al., 2012).

Cáries em 3M não apresentou diferença significativa entre sexo e nem idade, porém identificaram haver relação inversamente proporcional entre cárie e idade. Quanto mais velho, menos cárie (Divaris et al., 2012).

3Ms erupcionam em momento mais tardio com relação aos outros dentes 7 a 10 anos mais tarde, e outro momento em relação ao ambiente cariogênico. O acesso á região anatômica dos 3Ms é restrito para tratá-los. Existe uma limitação anatômica. Cárie em 3M é um fator determinante para exodontia (Divaris et al., 2012).

Saber sobre os fatores etiológicos, fatores biológicos, fatores imunológicos, tipo de saliva, tipo de dente e frequência e forma de higiene, podem ser uteis na determinação da incidência de cáries. As cáries são provenientes da associação de ecologia oral, com patógenos e microbiologia associados com distúrbios de equilíbrio químico no biofilme da interface do dente que leva á desmineralização. Todos os dentes expostos ao mesmo grau de ambiente cariogênico (Divaris et al., 2012).

Quanto mais tempo os dentes ficam na cavidade bucal, mais ficam susceptíveis a caries. Dois terços dos pacientes apresentam caries em 3Ms (Divaris et al., 2012).

As cáries em 3Ms aumentam a incidência com o aumento da idade. Pacientes com 30 anos extraem 3Ms com cáries com mais frequência do que pacientes com 16 anos (Jung; Cho, 2013).

Encontrou-se 20% de cáries em 3Ms. A prevalência de cáries em 3M é menor que em 1M e 2M (Mikic et al., 2013).

Indivíduos com baixos índices de CPOD e boa higiene oral tem menor chance de desenvolver cáries nesta região, mesmo quando o 3M estiver parcialmente erupcionado. A incidência de cáries aumentou de 4% para 30% em pacientes mais velhos (McArdle et al., 2014).

2.1.d - Doença Periodontal (Dp)

No estudo de Blakey et al. (2006), relatou uma grande prevalência na profundidade de bolsas nesta região de 3M. Verificado-se a ocorrência da progressão da Dp na região do 2M e 3M em 3Ms assintomáticos. Para verificar o status do periodonto verificou-se a profundidade das bolsas na região de 3M. Radiografias panorâmicas foram analisadas para ver angulação e grau de erupção dos 3Ms.

Por causa da arquitetura óssea e o tecido mole ser pobre na região de 3M os problemas periodontais são difíceis de tratar. A Dp aumenta na região do 3M para dentes assintomáticos ao longo do tempo, causando deteriorização da condição periodontal. A inflamação crônica associada á Dp aumenta o risco de doença cardiovascular. O nível da doença crônica aumenta a cada ano, o que estimula a resposta inflamatória sistêmica e um resultado ruim para saúde geral (Blakey et al., 2006).

Neste estudo, encontraram 59% de 3Ms com bolsa maior que 4mm e ¼ maior que 5mm. Um terço de jovens de 25 anos tinham pelo menos uma bolsa maior que 4 mm na região de 3M. Homens apresentaram mais Dp em 3Ms do que mulheres (Blakey et al., 2006).

O estudo de Moss et al. (2007b), avaliou o risco de Dp em 3Ms de idosos acompanhados por 36 meses, todos os dentes visíveis foram analisados. A Dp foi verificada através da sondagem em dois sítios mesiovestibular e distovestibular, quando maior que 3mm e presença de *P. Gingivalis* maior que 2%, considerou-se como Dp presente. Pelo menos 3 mm de bolsa foram considerados como resultado clínico para determinar a existência da Dp. Não foram usadas radiografias e os dentes não foram higienizados antes do exame.

Encontraram entre os pacientes idosos 79% de evidências clínicas de cárie ou Dp em 3Ms. Apenas 17% tiveram ambas presentes. Dp foi mais presente em 3M superior quando comparados aos 3Ms inferiores (Moss et al., 2007b).

A colonização de certas bactérias anaeróbicas é aceito como fator etiológico e de risco para Dp. A presença de mais de 2% de *P. Gingivalis* foi detectada pela imunofluorescência do material coletado no sulco gengival e quanto ao uso do tabaco constatou-se que aumenta a chance para Dp (Moss et al., 2007a).

A relação entre a Dp e a proteína c reativa pode também estar associada á insuficiência renal. Nos casos de pacientes cardiopatas e transplantados deve-se sempre remover os 3Ms para prevenir Dp (Marciani, 2007).

Blakey et al. (2009), encontraram 25% de 3M assintomático afetado por Dp, e citaram outro estudo onde foi encontrado 52% de 3M erupcionado com Dp.

Moss et al. (2009), estudaram os 3Ms e os achados de periodontite em americanos de meia idade e idosos, com o objetivo de acessar a associação entre 3Ms visíveis e a gravidade da Dp em dentes mais anteriores da boca. A amostra foi constituída por pacientes com 52 a 74 anos. Quando o paciente apresentava bolsas periodontais maiores que 3 mm, consideraram presença de Dp, não foram utilizadas radiografias, e as bolsas foram medidas em 6 sítios.

A localização anatômica do 3M leva a um aumento da colonização de patógenos, aumentando a chance de ter Dp. A presença de bolsa maior que 4 mm resulta da interação de patógenos do periodonto com o sistema imunológico na interface do biofilme gengival. Uma vez que o dente foi exposto ao meio bucal, ocorre a colonização da flora nas superfícies. Os patógenos colonizam a superfície e células imunológicas migram, ocorre então um aumento da vascularização local. A resposta a presença de bactérias no biofilme reflete na produção de mediadores do fluido gengival inflamatório originário das células do sistema imune (Moss et al., 2009).

Acharam que pacientes mais velhos tem maior risco de Dp em região de 3M. A Dp esteve mais presente no 3M associado a Dp no 1M e 2 M. Os 3Ms visíveis foram associados a chance maior de 1,5 vezes de detectar Dp na região, quando Dp estiveram presentes no 2M. Os 3Ms inclusos também foram associados a Dp no 2M (Moss et al., 2009).

Os estudos clínicos de Dp normalmente não incluem os 3Ms. A Dp em 3Ms foi mais prevalente em mulheres. 30% dos pacientes avaliados apresentavam pelo menos um 3M visível erupcionado ou semierupcionado. 14% dos pacientes apresentavam apenas um 3M visível, 7% apresentavam pelo menos três 3Ms visíveis e 4% apresentavam os quatro 3M visíveis (Moss et al., 2009).

A presença do 3M foi associada a um aumento da Dp em 1M e 2M. Um terço de 3Ms visíveis apresentavam Dp. Aos 20 anos de idade, 98% tinham pelo menos um 3M e 77% tinham os quatro 3Ms visíveis. A Dp fica mais presente quando o 3M esta visível na boca (Moss et al., 2009).

A combinação da erupção parcial nos pacientes mais velhos e a localização anatômica dos 3Ms facilita o acúmulo do biofilme colonizado por patógenos anaeróbios na região (Blakey et al., 2010).

Há 50 anos atrás foi sugerido existir a associação de Dp em 3M e outros molares, no entanto, a população de estudo é muito limitada, pois os dados de 3M frequentemente não são coletados em estudos clínicos (Blakey et al., 2010).

Com o objetivo de associar a prevalência de Dp em 3Ms visíveis e Dp em outros dentes, Blakey et al. (2010), estudaram Dp na região de molares. Os pacientes com 3Ms visíveis eram mais velhos, havia Dp presente em 3M em pacientes mais velhos, o 3M visível aumentou o risco de Dp na região, 83% dos pacientes tem pelo menos um 3M visível, 17% tem inclusos. Na proporção de 2 para 1 a ocorrência de Dp nos 3M visíveis quando comparados aos 3Ms inclusos (Blakey et al., 2010).

As bactérias patogênicas nesta região são dificilmente removidas através de limpeza mecânica. Comprovaram esta associação de presença de Dp em 3M e nos outros dentes. (Blakey et al., 2010).

White e Proffit (2011), disseram que a piora da Dp acontece por aumento de patógenos gengivais e mediadores inflamatórios no fluido gengival, que pode levar a alteração sistêmica pela presença de inflamação crônica. Sugeriram que ter somente um 3M visível na boca era indicativo de Dp na região do 3M.

A ocorrência de Dp em outros molares foi estudada por White et al. (2011), e ressaltou aos clínicos para prestar atenção especial a presença de Dp na região de 3M. Notou que aos 28 anos dois terços dos 3Ms tem pelo menos uma bolsa maior que 4 mm e 41% dos pacientes tiveram bolsa na distal do 2M, após 6 anos as bolsas pioraram, expansão da área de interface do biofilme (White et al. 2011).

Rafetto (2012), estudou se a microbiota do biofilme associada á erupção parcial do 3M pode conduzir a ocorrência de Dp. Quando o 3M, se torna visível existe o risco de piora da Dp. A associação de 3M visível e aumento da profundidade da bolsa foi comprovada.

Fisher et al. (2012), estudaram o impacto do debridamento mecânico subgengival no biofilme, pela realização de profilaxia dental e remoção mecânica do biofilme subgengival.

Encontraram que o debridamento e limpeza tiveram mínimo ou nem tiveram impacto na redução da profundidade da bolsa (Fisher et al., 2012).

Moss et al. (2007a) afirmaram que a Dp em 3Ms parece ser mais comum do que os clínicos encontram em região de 3M, porque comumente os 3Ms são excluídos das análises clínicas (Fisher et al., 2012).

A colonização de patógenos anaeróbicos subgengivais no biofilme acontece quando o dente é exposto na boca. O aumento do potencial das condições anaeróbicas, a colonização e a resposta imune resultam num processo inflamatório crônico e na destruição de tecido mole ao longo do tempo (Fisher et al., 2012).

As bactérias em volta do 3M são difíceis de serem erradicadas devido á anatomia do local a cortical ser densa na região, e os patógenos desta região estavam livres para colonizar outras regiões vizinhas (Fisher et al., 2012).

Os clínicos reconhecem que a pericoronarite e a Dp crônica inflamatória são associadas a quadros recorrentes de dor. Estas condições são normalmente detectadas entre 17 e 26 anos de idade. Notou-se que a pericoronarite é o motivo mais comum para exodontia de 3Ms em pacientes mais velhos, acima de 25 anos. A segunda causa mais frequente de exodontia de 3M é a Dp, presente em 25% dos pacientes maiores que 25 anos. Os resultados do estudo apontam que a exodontia de 3Ms em pacientes com pericoronarite parece ser efetiva em alterar o biofilme reduzindo a quantidade de patógenos anaeróbicos para os níveis dos casos controles (Bradshaw et al., 2012).

Precisamos estudar sobre a interação entre os patógenos anaeróbicos e o biofilme na região dos 3Ms e a resposta imune de cada paciente. Métodos que reduzem a interação na interface gengival ente bactéria do biofilme e resposta imune devem ser uma alternativa para erradicar a bactéria (Bradshaw et al., 2012).

A exodontias de 3Ms podem levar a Dp na região e a permanência do 3M também. Após exodontia, acharam 48% de Dp nesta região e 25% de dentes mantidos na boca com Dp. A Dp pode exacerbar doenças sistêmicas, existe uma forte relação entre saúde oral e saúde geral (Kaveri;Prakash, 2012).

Marciani (2012), fez um estudo para verificar se existe patologia associada á 3Ms assintomáticos, com o objetivo de avaliar o risco de manter o 3M na boca. Os achados clínicos e perdas periodontais combinados com colonização de patógenos suportam o conceito que as mudanças clinicas e microbiológicas estão associadas ao inicio da Dp e estão presentes inicialmente na região do 3M de adultos jovens. A presença visível do 3M em adultos jovens foi associada a ocorrência de Dp em outros dentes. A amostra foi constituída de pacientes entre 14 a 45 anos, medido o fluido gengival, mediadores inflamatórios presentes no fluido gengival, presença de placa e detecção de microrganismos, um quarto de dentes assintomáticos apresentam Dp. Um sinal clínico de aumento de inflamação no volume de transudato e aumento de mediadores pró-inflamatórios, como Interleucinas, prostaglandinas e presença de bactérias vermelhas e laranjas foram detectadas na Dp (Marciani, 2012).

A colonização de bactérias patogénas suporta o conceito de que mudanças clinicas e microbiológicas estão associadas ao inicio da periodontite na região dos 3Ms. A maior ocorrência da pericoronarite ocorre aos 23 anos de idade, pacientes de 25 anos de idade tiveram 28% dos 3Ms afetados por cáries e Dp e 13 % ficaram livres de cáries e Dp. O estudo

conclui que esta tendência de aparecer doenças com a idade, levou a menos de 2% dos 3Ms ficarem livres de doenças (Marciani, 2012).

A Dp é uma condição localizada específica é bem conhecida que afeta um ou mais tecidos periodontais, incluindo osso alveolar, ligamento periodontal, cemento e/ou gengiva. Para a doença progredir, deve iniciar pela gengivite. Clinicamente ocorrem estágios, baseados no tipo de mediador inflamatório que estiver presente. Como a maioria das doenças inflamatórias, a primeira célula presente é o leucócito polimorfo nuclear, estas células são seguidas por linfócitos e depois por células plasmáticas. Todas as células inflamatórias, atuam em conjunto no biofilme e placa bacteriana. O tecido mole que circunda é atacado primeiramente desenvolvendo a bolsa periodontal e ulceração gengival. Depois ocorre a destruição do osso alveolar e perda do ligamento periodontal do osso vertical e horizontal. E até a perda do dente (McCoy, 2012).

A principal bactéria responsável pela doença periodontal é a anaeróbica, que tem mais de 250 espécies. As mais comumente encontradas são o complexo bacteróide Forsytus, *Porphiromonas Gengivalis* e *Treponema Denticola*. Aparentemente o quão mais profundo estiverem presente estas bactérias mais chance de progressão da Dp. A Dp não é um estado único de doença, mas sim uma combinação de múltiplos processos patológicos, que compartilham as manifestações clínicas (McCoy, 2012).

Existe uma dificuldade em manter o 3M higienizado após sua erupção e alguns patógenos ficam acumulados nesta região, devido a virulência quando nesta área, se autoperpetuam. O aumento da profundidade das bolsa periodontais determina o início e ou a progressão da Dp e a perda do osso alveolar e dente. Com a exodontia do 3M a ocorrência de Dp na região diminuiu de 77% para 23%. Pacientes mais jovens tem maior potencial de curar a Dp com a exodontia do 3M. Estudos recentes apresentaram relação entre a presença de Dp e a saúde sistêmica, incluindo doenças como cardiovasculares, diabetes e doença respiratória (McCoy, 2012).

Há muitos conflitos ligados a exodontia do 3M e o estado do periodonto da região. A Dp é mais presente na mandíbula do que na maxila. A proporção de Dp após a exodontia, decresceu de 88% para 46%. A Dp é um resultado da interação entre a resposta imune do hospedeiro e os patógenos alojados no biofilme. Pacientes com pericoronarite têm um aumento dos patógenos anaeróbicos na região subgengival. Uma diminuição da colonização da região subgengival na região de 3M levará a diminuição da colonização de dentes mais anteriores. Um atraso na indicação da exodontia dos 3Ms com sintomas e pericoronarite poderá levar a um efeito negativo do potencial de cura. Independente se o 3M apresenta

sintomas ou não a exodontia trará um benefício na saúde periodontal da região (Discuss-Brookes et al., 2013).

O Risco de piora na Dp, profundidade da bolsa e cáries distais no 2Ms é bem conhecido na presença de 3Ms mantidos. O maior risco está relacionado com 3Ms retidos cobertos por tecido mole, que tem incidência de 3%. Nem toda bolsa de 4mm está ligada a Dp, existem pseudobolsas sem perda de inserção de ligamento periodontal (Friedman, 2014).

2.1.e - Cáries e Dp em 3Ms

O aumento da profundidade de bolsas periodontais acontece mais na região dos 3Ms após 25 anos de idade, e as cáries em 3Ms ocorrem mais em pacientes mais velhos (Shugars et al., 2004).

Poucos dados são encontrados sobre cárie e Dp em idosos (Moss et al., 2007b).

Moss et al. (2007a), verificaram em seu estudo Dp em 2 sítios e consideraram bolsas maior que 3 mm com Dp. Todos os dentes visíveis foram examinados, a cárie foi avaliada pelo exame visual e táctil.

Os resultados encontrados foram: cárie 49% em 3M e 87% em outros dentes. Dp 68% em 3M e 96% em outros dentes. 17% dos pacientes apresentaram ambos cárie e Dp. 21% dos pacientes não apresentou nem cárie e nem Dp. A Dp foi mais comum em pacientes mais velhos. A presença de cárie nos 3Ms esta associada a cáries nos outros dentes. 79% dos pacientes tiveram experiência de cárie ou de Dp em idosos na oitava década de vida (Moss et al., 2007a).

Experiência de cárie requer uma colonização de bactéria específica formadora de ácido, aderida á superfície dentaria, se o microrganismo estiver presente, todos os dentes visíveis na boca correm risco de ser acometidos por cárie ao longo da vida. Existe diferença na bactéria da flora bucal, que altera o risco de cárie e Dp individualmente, mas dificilmente altera os dois juntos (Moss et al., 2007a). A progressão da Dp foi atribuída á resposta imune individual e a colonização continua de patógenos no biofilme, associada ao ligamento periodontal do dente afetado. Nos idosos a chance do 3M ter cárie ou Dp é menor do que nos outros dentes (Moss et al., 2007a).

O tratamento efetivo para Dp reduz o números de patógenos e altera a flora bucal, e as bactérias associadas á cáries parecem aumentar, tornando pacientes afetados por cáries mais difíceis de controlar do que aqueles afetados por Dp (Moss et al., 2007a).

Marciani (2007), afirmou que o efeito da Dp pode implicar na alteração da saúde bucal como um todo. A ativação de células endoteliais é a causa mais comum da Dp em outros sítios. Existe uma piora do periodonto na região do 3M quando ele se torna visível. Os 3Ms inferiores são mais suscetíveis á cáries do que superiores. 3Ms são frequentemente associados á Dp e a maioria destes pacientes não tem sintomas (Marciani, 2007).

Ahmad et al. (2008), em seu estudo foi conduzido em pacientes jovens com seguimento longo analisando a ocorrência de cáries e Dp em 3Ms. Pelo menos um dos 3Ms deveria estar abaixo do plano oclusal. As cáries foram analisadas pelo método visual e táctil, associado a radiografia panorâmica e Dp avaliada em 6 sítios considerando presença de Dp quando bolsa maior que 4 mm. Todos os dentes receberam profilaxia antes de serem examinados (Ahmad et al., 2008).

Estudos de cáries e Dp em 3M são limitados. A localização anatômicas dos 3Ms tornam a técnica restauradora difícil de ser executada, quando comparada aos outros dentes. E o mesmo dilema existe sobre tratar a Dp em 3M. O Biofilme de bactérias etiológicas da cárie e Dp é mais difícil de ser removido na região de 3M e pode afetar algum outro dente do mesmo quadrante (Ahmad et al., 2008).

Os resultados encontrados neste estudo foi 27% de cáries e 61% de Dp e 37% dos 3Ms sem cáries e nem Dp ao longo dos anos. A Dp foi mais prevalente que as cáries em 3Ms com erupção tardia, numa proporção de 2:1. Encontrou 51% de Dp no início do estudo e 61% no final do seguimento.. 19% de cáries e 76% de Dp aos 25 anos de idade. Mais de 1/3 dos adultos avaliados não tiveram cárie e nem Dp na região de 3M (Ahmad et al., 2008).

Os 3Ms inferiores tiveram mais cáries do que 3Ms superiores, e a Dp também foi mais encontrada no dentes inferiores. A Dp foi mais prevalente do que cáries em 3M numa proporção de 2 para 1. Os 3Ms que erupcionam tardiamente apresentam Dp mais prevalente que cáries oclusais (Ahmad et al., 2008).

Polat et al. (2008), avaliaram os quatro 3Ms assintomáticos, consideraram a presença de bolsa maior que 4 mm como presença de Dp. Utilizaram o método de avaliação através de radiografia panorâmica, usando a classificação de Pell e Gregory e Winter.

Encontraram em seu estudo 12,6% cáries no 2M, 5,3% de cáries no 3M inferior impactado, 9,7% de perda óssea na região do 2M e 8,9% de Dp. 26,5% foi afetado por alguma patologia. Relataram que os 3Ms inferiores tiveram mais cáries do que os 3Ms superiores. Afirmaram que as cáries e Dp em 3Ms são comuns, principalmente quando associados a impacção (Polat et al., 2008).

Com a exodontia dos 3Ms as bolsas periodontais diminuem a profundidade, melhoram a condição periodontal da distal do 2M e a saúde periodontal. A presença de um alto número de patógeno anaeróbico leva a aumento de risco de Dp na região de 3M. A exodontia do 3M melhora a saúde periodontal da região do 3M. A exodontia do 3M altera o biofilme, por causa da arquitetura óssea da região e a qualidade ruim do tecido gengival na região do 3M levam á formação de bolsas profundas na região (Blakey et al., 2009).

A Dp é uma interação dos patógenos periodontais com a reação do sistema imunológico para a inflamação crônica. Concluíram que pacientes mais velhos tem mais Dp no 3M. A Dp é maior no 3M inferior 52% quando comparada ao 3M superior 18%. Dois terços dos pacientes apresentavam bolsa em região do 3M (Blakey et al., 2009).

Haug et al. (2009), concluíram que as cáries em 3Ms assintomáticos estão presentes em 28% da amostra, sendo grande parte em pacientes de 25 anos ou mais. Os 3Ms inferiores são mais afetados que os superiores. Pacientes mais velhos desenvolvem mais cáries ao longo do tempo do que os jovens. A Dp foi mais encontrada em pacientes em que o 3M erupcionou tardiamente (Haug et al., 2009).

Os 3Ms visíveis foram associados a 1,5 vezes maior chance de bolsa periodontal de 5mm, homens fumantes e mais velhos e também são fatores que aumentam as chances de Dp em região de 3Ms (Haug et al., 2009).

As bolsas periodontais em região de 3Ms foram mais profundas quando comparadas aos outros dentes. 3M com bolsa maior que 4mm associado á sangramento gengival significa Dp progressiva. A média de profundidade das bolsas periodontais foi maior nos dentes superiores posteriores (Haug et al., 2009).

Dp afetaram mais maxila do que mandíbula. As cáries afetaram mais a mandíbula do que a maxila. As cáries em 3M estão associadas á cáries em 1 e 2M. 17% dos pacientes não tiveram cáries nem Dp nos 3M e 21% não tiveram cáries e Dp em nenhum dente. E mais Dp nos 3Ms superiores do que nos inferiores (Haug et al., 2009).

Poucos dados são encontrados sobre cáries e Dp em 3M, pois eles comumente são excluídos das pesquisas (White;Proffit, 2011).

A interação das bactérias no biofilme associada a resposta imunológica pode levar a Dp. Quando o 3M aparece na boca torna-se suscetível a patógenos anaeróbico e consequente doenças inflamatórias, a região anatômica do 3M leva a formação de bolsas profundas e dificilmente consegue ser eliminado com raspagem e se dissemina para outros dentes mais anteriores que não tinham Dp (White;Proffit, 2011).

A prevalência da cárie se comporta diferente, 3Ms raramente são afetados sem que outros dentes já tenham sido afetados. A ocorrência de cáries em 3M foi menor do que em 1Ms e 2Ms, raramente um paciente terá cárie no 3M sem ter tido cáries nos outros dentes. Encontrou apenas 16% de 3M sem cáries (White;Proffit, 2011).

Os clínicos e seus pacientes querem saber sobre a chance de um 3M permanecer na boca sem ser acometido por cárie e Dp ao longo da vida. Estes dados são limitados, pois frequentemente os 3Ms são excluídos de análises em estudos populacionais. Como já destacado, estudaram a prevalência da cárie ou Dp em 3Ms visíveis em americanos de meia idade e idosos com o objetivo de achar a prevalência de cárie e Dp nos 3Ms e relacionar com outros dentes. Mediram bolsas periodontais na região, realizaram exame clínico para experiência de cárie, cariado ou restaurado, os dados foram coletados por visualtactile examination, critério estabelecido por Radike. Consideraram com Dp quando houve bolsa maior que 4mm e com cárie quando houve um dente cariado ou restaurado (Garaas et al., 2011).

Como resultado desta pesquisa, 47% tinham apenas um 3M visível na boca, 24% tinham pelo menos três 3Ms visíveis, 13% tinham os quatro 3Ms visíveis, 3Ms visíveis foram mais comuns em homens. 78% de Dp em outros dentes versus 61% de Dp em 3M. Cárie é mais comum em outros dentes do que em 3Ms 94% versus 73%. 68% ou dois terços dos pacientes apresentaram cáries ou Dp nos 3Ms. Menos de 2% tinham 3Ms livres de cáries ou Dp. Dp foi mais prevalente que cáries em 3Ms 89% Dp versus 68% cárie (Garaas et al., 2011).

Os resultados de presença de cáries em 3M são diferentes de Dp em 3Ms e sugerem que seja realizado exame e acompanhamento periódico de 3M na boca, ou visíveis, mesmo que não haja sintomas (Garaas et al., 2011).

Apesar dos avanços da ciência e da prática odontológica, as doenças crônicas de cárie e Dp inflamatória afetam a grande maioria da população (Divaris et al., 2012).

Rafetto (2012), citou que a Dp começa no momento do início da erupção do 3M e que a Dp na região do 3M pode levar a ter Dp em outros dentes (Rafetto, 2012).

Quando a coroa do 3M irrompe no meio bucal, a bolsa pode atingir 4mm, o ambiente anaeróbico existe e conduz a colonização de patógenos no biofilme da superfície dentária, iniciando a Dp. Os fatores da virulência da bactéria no biofilme levam a produção de mediadores inflamatórios pelo sistema imune, o que pode levar a ocorrência da Dp (Garaas et al., 2012).

Devido á dificuldade anatômica de acesso a região de 3M, as bactérias cariogênicas também podem levar á cavitações (Phillips;White, 2012).

Achados sobre cáries em 3Ms são escassos (Fisher et al., 2012).

Fisher et al. (2012) estudaram as mudanças ao longo do tempo na prevalência de cáries ou Dp em 3Ms de pacientes jovens, compararam a prevalência de cárie e Dp entre 3M e 1M e 2M. Através do exame visual e tátil e exame radiográfico avaliaram as cáries e a Dp. Esta ultima foi avaliada em 6 sítios considerando-se bolsa maior que 4 mm. Quase metade dos pacientes avaliados relataram ter ido ao dentista a menos de um ano (Fisher et al., 2012).

Encontraram 85% de cáries em 1M e 2M e 50% de cáries em 3M, 56% de Dp em 3M e 50% em 1M e 2M. A Dp foi maior em região de 3M e as cáries menores em 3M quando comparados a 1M e 2M. 28% de 3Ms sem cáries e 38% sem Dp. 72% dos pacientes apresentam Dp em pelo menos um 3M e 38% cáries em pelo menos um 3M. As cáries 74% em 1M e 2M e 30% em 3M. Encontrou-se apenas 1% de cáries em 3M quando inexistia cáries nos outros molares (Fisher et al., 2012).

As cáries e a Dp aumentam ao longo do tempo. A Dp foi mais prevalente em 3M do que nos outros molares Dp no 3M foi 1,5 vezes mais presente do que nos outros molares. Os 3Ms inferiores tiveram maior incidência de cáries e Dp quando comparados aos 3Ms superiores. encontrou uma incidência de cáries em 3Ms menor que nos 1Ms e 2Ms. A incidência de Dp maior em 3Ms do que em 1M e 2Ms (Fisher et al., 2012).

Garaas et al. (2012) verificaram a prevalência de cáries e Dp em 3Ms de adultos jovens, com o objetivo de verificar a experiência de cárie e Dp na região de 3M. Realizaram seu estudo através do exame visual tátil. Sua amostra foi constituída de pacientes com 25 anos de idade em media. Os achados indicaram em 55% com Dp no 3M. Dp foi mais frequente em 3M do que 2M e 1M e cáries foram mais frequentes em outros dentes do que em 3Ms (Garaas et al., 2012).

O pico de erupção do 3M ocorre após o crescimento completo da mandíbula, predispondo este a exposição aos anaeróbios e a colonização de patógenos. Sugeriram que a presença de 3M em adultos jovens está associada a Dp. Devemos lembrar que a Dp ou a cárie sugerem que a retenção de um 3M na boca seja monitorada regulamente (Garaas et al., 2012).

Resultado desta pesquisa: a Dp foi mais comum em dentes inferiores, 26% dos dentes não apresentaram cáries em nenhum dos molares, 72% apresentavam bolsa em região de 3M, um quarto dos pacientes foi afetado com cáries ou Dp e 16% não apresentava nenhuma doença. Mais cáries em 2M e 1M do que em 3M. Mais cáries em pacientes mais velhos (Garaas et al., 2012).

As imagens radiográficas permitem observar a anatomia local e a sua relação com estruturas vizinhas e detectar a presença de cáries e Dp em região de 3Ms (Dodson, 2012).

Marciani (2012) relatou que a Dp foi mais prevalente que cáries em 3M. Cáries em 3M esta relacionada a cáries em outros dentes, assim como o avanço da idade aumenta a incidência de cáries em 3M (Marciani 2012).

Encontrou-se que a menor prevalência e incidência de patologias associadas ao 2M foi na ausência do 3M. A retenção do 3M está associada a um aumento do risco de patologia em adultos de meia idade do sexo masculino, risco de Dp fica duas vezes maior. Para cáries não foi encontrada diferença na incidência (Nunn et al., 2013).

A perda de inserção dos ligamentos periodontal e a incidência de cáries na distal do 2M não foram afetados com a exodontia dos 3Ms (Huang et al., 2014).

2.1.f – Posição

No estudo de Knutsson et al. (1996), os 3Ms foram classificados segundo Winter (1926), também foram classificados quanto ao grau de impacção, totalmente erupcionado, parcialmente erupcionado, completamente inclusos (Knutsson et al., 1996).

Knutsson et al. (1996), avaliaram a prevalência das doenças em região de 3Ms e estimaram o risco de desenvolvê-las. Concluíram que as patologias em região de 3Ms estiveram presente de 22 a 34 vezes mais para 3Ms parcialmente cobertos por tecido mole, semierupcionados, quando comparados a dentes totalmente cobertos, inclusos. Em dentes distoangulados encontrou 5 a 12 vezes mais patologias do que nas outras posições. Quando o assunto for estimar a probabilidade de ocorrer patologias nos 3Ms a classificação deve ser levada em conta, além dos fatores predisponentes (Knutsson et al., 1996).

As posições em que os 3Ms estiveram associadas a maior índice de patologias foram os mesioangulados e os verticais. A Dp ocorreu mais nos 3Ms mesioangulados e horizontais e as cáries nos 3Ms mesioangulados. 60% dos dentes eram parcialmente cobertos, ou semierupcionados e um terço dos casos eram mesioangulados. Dentes semi erupcionados apresentam maiores índices de patologias associadas, pois a cobertura tecidual pode funcionar como uma barreira para invasão bacteriana (Knutsson et al., 1996).

McArdle et al. (2006), sugeriram a exodontia profilática de 3Ms inferiores mesioangulados para evitar o desenvolvimento de cáries distais nos 2Ms. A semi erupção e a

posição mesioangulados são fatores predisponentes para cáries, assim como os horizontais. Dentes parcialmente erupcionados são fatores predisponentes para o desenvolvimento de cárie no 2M.

Pacientes com 3Ms verticais erupcionados, com boa saúde e suporte periodontal e sem cáries nos outros molares tem baixo risco de ter cáries (Marciani, 2007).

Dentes semierupcionados são mais susceptíveis a cáries. Formam pseudobolsas em volta do dente que são colonizadas por bactérias. Dentes semi erupcionados podem mudar de posição, e causar uma pseudobolsa. A Dp em 3M foi três vezes maior em dentes erupcionados do que em 3M abaixo do plano oclusal. As cáries nos 3Ms inferiores e a perda óssea na região estão relacionadas a angulação e impacção dos 3Ms (Ahmad et al., 2008).

O estudo de Polat et al. (2008), teve como objetivo a associação entre patologias mais comuns de 3Ms e angulação e profundidade de impacção do dente. A angulação e grau de impacção do 3M deve ser levada em consideração na tomada de decisão de exodontias, e na consideração da possibilidade de indicação de exodontia profilática. Dentes mesioangulados ou horizontais tem maior risco de desenvolver cáries e Dp no 2M ou 3M. Dentes distoangulados e verticais causam maiores defeitos ósseos na região. Em 3Ms inferiores a posição A tem maior risco de patologia quando comparado a posição B e C. Constataram haver associação entre angulação do dente e patologias associadas, concluíram que dentes mesioangulados ou horizontais levam a maior ocorrência de cáries e Dp (Polat et al., 2008).

Allen et al. (2009), afirmaram que as cáries associadas a 3Ms mesioangulados são comuns, principalmente se estiverem semierupcionados ou erupcionados. 23,6 % de 3Ms inferiores estavam cariados, e a maioria associados a mesioangulação. 29% dos 3Ms mesioangulados tiveram cáries. Dos 3Ms cariados, 38% eram semierupcionados, 59% erupcionados e mesioangulados. Dentes mesioangulados semi erupcionados ou erupcionados necessitam de atenção especial, e deverão ser extraídos profilaticamente (Allen et al., 2009).

Avaliou-se a angulação do 3M com relação ao 2M e a sua profundidade conforme a classificação de Pell e Gregory e sua proximidade em mm. As cáries estiveram mais presentes em pacientes de 30 anos, mesioangulação, na posição A e proximidade de 7 a 9 mm com o 2M (Chang et al., 2009).

A posição do 3M pode aumentar o risco de retenção de placa na região distal do 2M. Cáries subgengivais e destruições ósseas são comuns na região entre 2M e 3M. 82% dos 3Ms que causam cáries no 2M estavam mesioangulados. Posição A é a mais causadora de cáries nos 2M (Chang et al., 2009).

A erupção ao plano oclusal não garante saúde do periodonto, por causa da falta de espaço. A Dp é mais comum em pacientes mais velhos e em dentes horizontais e mesioangulados, onde a frequência de destruição do ligamento periodontal é maior. 3Ms contribuem para desenvolver os defeitos periodontais, a morbidade aumenta nas posições mesioanguladas e horizontais (Haug et al., 2009).

A posição dos 3M não é estática, por isto devem ser muito bem acompanhados. Estes dentes podem se movimentar durante a terceira década de vida, a erupção ao plano oclusal não garante espaço fisiológico adequado e saúde do periodonto. 26% dos 3Ms mudam de angulação e posição durante o desenvolvimento e crescimento mandibular. Um terço de dentes verticais e distoangulados e 11% de dentes horizontais e mesioangulados mudaram de posição, mudando assim a profundidade da bolsa (Haug et al., 2009).

Dentes mesioangulados e horizontais podem causar danos aos 2Ms, destruição de ligamento periodontal (Haug et al., 2009).

Celikoglu et al. (2010), estudaram a posição dos 3Ms e patologias. A posição mais comum encontrada foi a mesioangulada 77%. A posição que costuma acarretar em mais danos (patologias) é a horizontal. 10% destes estavam associados a patologias. Encontraram agenesia de 3Ms em 17,3% de sua amostra.

Após o pico de erupção, dificilmente o 3M chegará ao plano oclusal. A Dp foi mais comum nos 3Ms inferiores e nas posições disto anguladas e verticais (White;Proffit, 2011).

A amostra da pesquisa de Negreiros (2010), foi constituída por 3Ms nas seguintes posições, segundo a classificação de Winter (1926): vertical 41,86%, horizontal 32,56%, mesioangulado 22,09%. Na classificação de Pell e Gregory (1933), posição B 45,35%, posição A 36,05%, Classe I 30,23% e classe II 63,95%. (Negreiros et al., 2012).

Phillips e White (2012), verificaram o quanto pode ser previsível a posição do 3M. Declararam que poucos dados existem sobre mudanças de posição ao longo do tempo, mudança de posição ou angulação são raras (Phillips;White, 2012).

Rafetto (2012), afirmou que a classificação de Pell e Gregory e de Winter são usadas em vários estudos (Rafetto, 2012).

Dentes parcialmente erupcionados e mesioangulados irão levar a cáries na distal do 2Ms em 15,7%. Se estiver abaixo do limite amelocementario o risco de cárie será maior (Oderinu et al., 2012). Dentes em posição mesioangulada e impactado podem causar Dp (McCoy, 2012). Marciani (2012), escreveu que a Dp ocorre mais comumente em 3Ms verticais ou distoangulados (Marciani, 2012).

A prevalência de cáries na superfície distal do 2M foi de 13,4%, variou de 7 a 32%. Nesta amostra encontrou-se dentes quanto a classificação de Pell e Gregory classe I 35%, classe II 50 % e classe II 15%. Posição A 73,17%, posição B 26,83%, distoangulados 5,3%, verticais 60,2%, mesioangulados 17,5%, e horizontais 17,1%. A presença do 3M inferior parcialmente erupcionado com angulação é um fator de risco para cáries na distal do 2M. Todos reforçam a ideia de que a angulação acaba levando a indicação profilática de exodontia para prevenir o desenvolvimento de cáries na região inferior (Falci et al., 2012).

Quanto maior a angulação do 3M, maior a retenção alimentar e consequentemente maior a dificuldade de higienizar (Falci et al., 2012).

Através de radiografias panorâmicas e periapicais e exame clínico, os 3Ms foram classificados em erupcionados, semierupcionados e inclusos, e estes subclassificados em cobertos por osso ou tecidos moles. Inclusos foram considerados cobertos por tecido mole ou osso. A presença do 3M que estivesse recoberto por tecido mole aumentou o risco de patologias. 2Ms adjacentes a 3Ms erupcionados foi o maior risco para incidência de cáries distal no 2M. 2M adjacente a 3M incluso coberto por tecido mole foi o maior risco para perda óssea na região e incidência de Dp na distal do 2M (Nunn et al., 2013).

Este estudo avaliou a associação de manter 3Ms assintomáticos com o risco patologias em dentes adjacentes, cáries ou Dp, baseando-se na posição do 3M quanto a erupção (incluso, semierupcionado ou erupcionado) (Nunn et al., 2013).

Quanto as posições na classificação de Winter, a vertical foi a mais encontrada em 76,5% (Carvalho et al., 2013).

O desenvolvimento de cáries em 3Ms depende de posição do 3M e da anatomia da superfície oclusal (Mikic et al., 2013).

A incidência de 3Ms diminui com o aumento da idade, e a incidência de dentes semierupcionados também diminui após 30 anos. Posições verticais e horizontais são as mais comuns de 3Ms superiores acima de 25 anos (Jung; Cho, 2013).

As cáries foram a patologia mais encontrada em 3Ms, dentes mesioangulados apresentaram em 9,5% dentes superiores e 27,4% em dentes inferiores. Dentes mesioangulados e semierupcionados são os dentes que apresentaram maiores incidência de cáries ou Dp (Jung; Cho, 2013).

A incidência de 3Ms na boca foi de 53,9%, predominando em homens. Dentes semierupcionados estiveram presentes em 19,2% nos pacientes entre 30 e 39 anos e 35,1% nos pacientes entre 25 e 29 anos. A posição mais comum nos dentes superiores foi a vertical. Nos inferiores a horizontal seguida de mesioangulados. A patologia mais encontrada foi cárie.

7,1% nos superiores e 10,1% nos inferiores. A Dp esteve presente em 9,3%. Nos dentes erupcionados a cárie foi mais frequente e nos dentes impactados a Dp foi mais frequente. As cáries também ocorreram com maior frequência em dentes mesioangulados e horizontais. A posição vertical e horizontal foi a mais frequente em 3M superiores e inferiores respectivamente. Posição C foi a mais encontrada em paciente acima dos 40 anos. Cáries foi a alteração patológica mais comumente encontrada em dentes semierupcionados e mesioangulados mostraram alto índice de incidência de cáries e Dp nos 2Ms. 5,4% de cáries de 3M inferiores e 1,7% de Dp no 3Ms. Dp foi mais prevalente que cáries em 2Ms adjacentes a 3Ms mesioangulados (Jung; Cho, 2013).

Pericoronarite é definida como inflamação dos tecidos moles da região do 3M. Tecidos estes que circundam a coroa do dente, principalmente nos dentes erupcionados ou semierupcionados, onde existe uma discrepância na quantidade de tecido mole na região. Em pacientes jovens está, frequentemente, associada à posição vertical (Folayan et al., 2014).

A prevalência da impacção do 3M, em pacientes entre 19 a 26 anos, verificado angulação, grau de erupção e associação com alterações patológicas 54,3% desta população apresenta pelo menos um 3M incluso. A posição mais comum para os 3Ms inferiores foi mesioangulado, e posição A. A angulação do dente pode ser medida pela classificação de Winter (1926) e o grau de impacção pela classificação de Pell e Gregory (1933). 4% dos 3Ms inferiores tiveram cáries. Dentes mesioangulados fazem ângulo de 11 a 79 graus. Dentes verticais de 10 a menos 10 graus. Distoangulados de menos 11 a menos 79 graus. Horizontais de 80 a 100 graus. 3M inferior incluso. 35% mesioangulado, 30% vertical, 33% distoangulado e 1% horizontal. Posição A 58%, Incidência de cáries no 3Ms inferiores, mesioangulados 58%, distoangulados 15%, verticais 21% e horizontais 3%. Os dentes em posição horizontal são os que mais estão associados a alterações patológicas (Al Anqudi et al., 2014).

Quando o dente está parcialmente erupcionados e mesioangulados em contato com 2M na altura da junção amelocementária, o colar de gengiva fica deficiente e a distal fica exposta. A superfície radicular exposta do 2M acaba cariando. Esta região fica difícil de ser higienizada, formando a placa bacteriana que persiste no local (McArdle et al., 2014).

Definir o risco dos 3Ms erupcionados, semierupcionados e inclusos para os 2Ms. O potencial do benefício ao 2M quando extraímos o 3M profilaticamente, está relacionado com o grau de desenvolvimento e a posição dos 3Ms (Nunn et al., 2014).

2.2 - Qualidade de vida (QV)

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria estética existencial (Minayo et al., 2000).

É definida como a auto-avaliação da pessoa sobre si mesma e sua funcionalidade em diferentes domínios da vida. A avaliação da QV é subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, porém quantificável (Niv; Kreitler, 2001).

Entendemos que QV inclui uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, sem ser o fator determinante. A QV é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem estar com o seu processo de viver (Seidl; Zannon, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um estudo multicêntrico para elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural. A QV foi então definida como “A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Santos et al., 2005).

Assim, os estudos endereçados pelos termos relação de qualidade de vida e qualidade de vida são importantes determinantes de cuidados de saúde, regimes de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido (Locker; Allen, 2007).

Avaliar QV é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis (Sawada et al., 2009).

2.2. a- Qualidade de vida relacionada á saúde bucal (QVRS)

A percepção do paciente quanto a sua saúde relacionada á QV é considerada ser tão válida quanto às tradicionais medidas psicológicas, biológicas e de tratamentos clínicos (Shugars et al., 1996).

Qualidade de vida pode ser difícil de ser mensurada, não só porque tem significados diferentes para cada um, mas também porque depende da percepção do próprio paciente. Esta

análise requer cooperação do paciente, portanto, o questionário precisa ser aceito e de fácil aplicação. Ainda há uma lacuna de relatos nos aspectos das mudanças que influenciam na qualidade de vida dos pacientes. Hoje a QV é avaliada por questionários preenchidos pelos próprios pacientes, que são provavelmente os melhores assessores (Savin; Ogden, 1997).

O conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de QV, pois saúde não é mera ausência de doença. Pensar desta forma manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico. Os indicadores criados para medir QV relacionado à saúde são notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício (Minayo et al., 2000).

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e QV. A prevenção de morbidades relacionadas a 3Ms deve ser incluída nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério útil, na decisão terapêutica, de extrair ou não os 3^oMs (Slade et al., 2004). As condições clínicas associadas aos 3^oMs são bem compreendidas, porém pouco se sabe sobre o impacto que elas causam e como afetam a vida dos pacientes. Os cirurgiões devem saber primeiramente mais sobre a QV para entender a morbididade pré-operatória, e posteriormente, selecionar alternativas de tratamento quando a indicação clínica sozinha não determina se devemos fazer o procedimento cirúrgico. O impacto da condição oral na QV é um fator importante e poder ser útil na tomada de decisão. Informações sobre saúde bucal relacionada à qualidade de vida são importante para pacientes e para profissionais que cuidam, da saúde (Slade et al., 2004).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar à injúrias e prejuízo da saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida das pessoas, as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão, que muitas vezes implicam em falta ao trabalho (Slade et al., 2004).

O conceito de QV tem suscitado em pesquisas, cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas na área da saúde por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas. Trata-se de um assunto eminentemente interdisciplinar, o que implica na contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceitual e metodológico (Seidl; Zannon, 2004).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são

multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *contínuo*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilo de vida (Seidl; Zannon, 2004).

Duas tendências quanto ao conceito do termo QV na área de saúde são identificados: como um conceito mais genérico, e Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em inglês, *Health –related quality of life (HRQOL)*. QV apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência às disfunções ou agravos (Santos et al., 2005).

A medicina nos últimos 30 anos tem visto aumentar o uso dos termos de QV e QV relacionada com condições de saúde e terapias para estas. As medidas tradicionais de saúde precisam ser suplementadas por resultados obtidos por experiências de pacientes (Locker; Allen, 2007).

A definição mais atual, feita pelo mesmo autor, é mais específica e abrangente, quando falamos de saúde bucal, nosso foco não é na cavidade propriamente dita, mas no indivíduo e nas disfunções orais, doenças, condições de tratar a saúde, bem estar e QV. QV relacionada à saúde oral foi definida como um termo relativamente simples: a extensão de qual disfunção afeta o funcionamento, o bem estar, os sintomas e o impacto funcional e psicológico que emana de doenças e disfunções; e como estas doenças e disfunções afetam a QV (Locker; Allen, 2007).

A QVRS é um constructo multidimensional que reflete conforto ao comer, dormir, interação social, autoestima e a satisfação com a saúde bucal (Al Habashneh et al., 2012).

2.2.b - Ohip (*Oral Health Impact Profile*)

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas o questionário perfil de impacto de saúde bucal (*Oral Health Impact Profile*) é amplamente utilizado em vários estudos em diferentes culturas e perfis sociodemográficos. O Ohip foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade, atribuída à condição bucal. Tais informações visam à complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, deste modo, fornecem um perfil do impacto da doença em populações e a eficácia dos serviços de saúde em reduzir esses impactos. Originalmente apresenta sete dimensões, contendo 49 itens em um questionário respondido em escala tipo Lickert com cinco opções que variam de nunca a

frequentemente, entre 0 e 4. O Ohip incorpora oito conceitos de saúde: problemas físicos, limitações por problemas pessoais ou mentais, vitalidade, saúde mental, função social, dor corporal e saúde geral. O Ohip foi desenvolvido no idioma inglês em contexto cultural diferente (Ferreira et al., 2004).

Os dados mostraram que o Ohip está associado à necessidade percebida de tratamento. O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida, surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a QV. Saúde foi definida como uma dimensão da QV (Ferreira et al., 2004).

O questionário Ohip pergunta sobre os impactos adversos das condições orais sobre o bem estar incluindo dor, estado psicossocial, interação social e atividades diárias. Nesta pesquisa, comer foi um aspecto de interação social importante (Slade et al., 2004).

Ohip-14 foi descoberto por Slade e Spencer, seu resultado é calculado por método aditivo variando o resultado de 0 a 56 consiste em 14 perguntas, com respostas de 0 a 4 para cada uma delas, podemos também incluir informações sócio demográfico, data, idade, nível de educação, estado civil, empregatício e econômico (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

A versão brasileira do Ohip-14 tem boas propriedades psicométricas, que são similares ao instrumento original. Os acessos aos efeitos das doenças bucais e condições no funcionamento social podem ser de grande valor para pesquisadores, planejadores de saúde e promotores de saúde bucal. A forma curta do Ohip tem sido amplamente utilizada. Ohip foi descoberto por Slade e Spencer e a forma abreviada foi publicada em 1997. Os itens incluídos nas duas formas foram agrupados em sete subescalas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. É frequentemente usado em estudos intervencionais e longitudinais para acessar condições bucais. Os itens são questionados se ocorrem sempre (codificado 4), quase sempre (codificado 3), ocasionalmente (codificado 2), raramente (codificado 1), ou nunca (codificado 0). Os scores são calculados por método aditivo, com resposta de 14 questões e resultados de 0 a 56, sendo 56 o pior resultado (Oliveira; Nadanoysky, 2005).

As pesquisas têm procurado investigar o impacto da morbidade bucal na população, seja por meio de análise de limitações funcionais, dor física, desconforto, incapacidade psicológica, incapacidade física, social e deficiências, mediante um indicador, o “*Oral Health Impact Profile-Ohip-14*” (Mazzilli; Crosato, 2005).

A escolha do instrumento para avaliar a QV requer atenção e cuidado, e os instrumentos devem ter linguagem simples e ser breves. Podemos aplicar os instrumentos em

forma de entrevista, ou de maneira auto administrável, ambas as formas podem ter repercussões diferentes nos resultados. A entrevista deve ser sob condições estandardizadas para evitar alteração dos resultados (Miller et al., 2005).

Assim, os estudos endereçados pelos termos relação de qualidade de vida e qualidade de vida são importantes determinantes dos cuidados de saúde, regimes de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido. O Ohip foi baseado em um modelo de doença e suas consequências, tem a intenção de acessar o impacto social de problemas bucais, que são disfunções, desconforto e desabilidade causadas por estas condições. A proposta da medida é acessar as prioridades dos cuidados, documentando o impacto social dos indivíduos e grupos, entendendo o comportamento da saúde bucal, avaliando o tratamento odontológico e fornecendo informações para defender a saúde bucal. Medida realizada por auto-percepção da saúde bucal (Locker; Allen, 2007).

Medidas de QV relacionado á saúde bucal como o Ohip foram construídas para verificar a amplitude de como a condição bucal pode interferir na qualidade de vida, assim como, pode ser associada a instrumentos específicos que promovem melhor compreensão do impacto da condição clínica (McNutt et al., 2008).

Um dos maiores indicadores internacionais, baseado na metodologia da OMS, é o Ohip-14, disponível nas línguas chinesa, francesa, alemã, japonesa, malasiana, portuguesa e suéca. Os indicadores clínicos sozinhos não podem descrever a satisfação ou os sintomas de pacientes odontológicos ou suas habilidades para realizar as atividades diárias. Foi desenhado para medir a auto-avaliação da limitação funcional, desconforto e desabilidade, atribuídos a condição bucal. É derivado da forma extensa de 49-itens e adaptado por Locker. Neste modelo, as consequência das doenças bucais são lindadas hierarquicamente dos níveis biológicos (deficiência) até os níveis comportamentais (limitação, desconforto e desabilidade) e por último os níveis sociais (incapacidade) (Montero-Martin et al., 2009).

Ohip é um questionário auto administrável focado em sete dimensões de impacto: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, desabilidade física, psicológica, social e incapacidade, em que os participantes são perguntados sobre a frequência do impacto em uma escala de Likert de 5 pontos, utilizando um período de seguimento de 12 meses. Mede atitudes ou predisposições individuais em contexto social particular, com pontuação de cada unidade, e o resultado é a somatória (Montero-Martin et al., 2009).

QV relacionada à saúde bucal é bem estabelecida nos serviços de saúde, na economia, em saúde e na epidemiologia. Esta serve amplamente para determinar as necessidades e é um indicador de efetividade nas intervenções. Estudo feito por Van Wijk et

al. (2009), foram avaliados 50 pacientes aplicando o Ohip-14 no pré-operatório e no sétimo dia de pós-operatório de terceiros molares e avaliados dor e QV relacionada à saúde bucal. A presença de complicações no pré ou no pós-operatório aumentaram os efeitos adversos na QV. A sua forma breve, o Ohip-14 que tem recebido muita atenção e é o instrumento mais usado nas pesquisas odontológicas. São aplicados em estudos longitudinais ou transversais e visam avaliar os efeitos físicos, psicológicos e sociais da saúde bucal na QV a ela relacionada. Ele é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social e deficiência física. Estas dimensões foram determinadas por Locker no modelo conceitual de saúde bucal, baseando-se na classificação de dano, incapacidade e deficiência, desenvolvido pela OMS (Van Wijk et al., 2009).

O Ohip é utilizado em estudos transversais e longitudinais para avaliar efeitos físicos, psicológicos e sociais na qualidade de vida. É responsivo para pequenas mudanças na qualidade de vida, inclusive para mudanças clínicas de 3^oMs (Van Wijk et al., 2009).

O Ohip-14 foi utilizado na avaliação do impacto da Dp em adultos jordanianos, através do autopreenchimento. É constituído de 14 perguntas e pode ser interpretado em 7 domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Cada domínio engloba duas perguntas. Cada pergunta é avaliada por 5 itens: nunca, raramente, as vezes, repetidamente, sempre. O Ohip se mostrou um instrumento válido, confiável e sensível para avaliar o impacto das condições bucais no bem estar (Al Habashneh et al., 2012).

O questionário Ohip é amplamente utilizado para acessar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRS). Originalmente constituído por 49 itens, por ser muito longo, Slade et al. (2004) resumiram o Ohip-14 em 14 perguntas. Construído para avaliar a extensão de quanto a saúde oral influencia na QV. A falta de saúde oral pode afetar aspectos funcionais, psicológicos e sociais da QV. No estudo de Leon et al. (2014), houve relação entre a presença de cáries, necessidade de tratamento periodontal e QV. Indivíduos com Dp apresentaram piores resultados de Ohip em todos os domínios, exceto de dor física (domínio 2). Pacientes mais velhos apresentaram piores níveis de QVRS (Leon et al., 2014).

2.2.c- Domínios

O Ohip pode também ser classificado por domínios: limitação funcional (dificuldade para falar e sabor dos alimentos alterados), dor física (dor na boca e desconforto ao comer), desconforto psicológico (preocupação e estresse), incapacidade física (parar as refeições e alteração dos alimentos), incapacidade psicológica (dificuldade de relaxar e vergonha), incapacidade social (irritabilidade com outras pessoas e dificuldade de trabalhar), deficiência (insatisfação e totalmente incapacitado de exercer funções) (Shugars et al., 2006).

Ele é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social e deficiência física, estas dimensões foram determinadas por Locker no modelo conceitual de saúde bucal que foi baseado na classificação de dano, incapacidade e deficiência desenvolvido pela OMS (Van Wijk et al., 2009).

Em pesquisa anterior, Negreiros (2010) avaliou dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental, em um período do pré-operatório até sétimo dia de pós-operatório. Encontrou resultado de Ohip total iniciou no pré-operatório com valor de 7,35, aumentou tendo pico no 1PO, 17,88 e começou a decrescer, sendo sendo 15,46 no 2PO, 15,46 e decrescendo, sendo que no 5PO foi 9,45 e no 6PO 7,8 praticamente o valor inicial. Na avaliação do questionário Ohip-14, feita pelos domínios ao longo dos dias de PO estabelecemos relação entre os domínios do Ohip e o tempo de pós-operatório:

Domínio 1- limitação funcional: iniciou 0,14 no pré-operatório, teve seu pico com 0,96 no 1PO e a partir daí foi decrescendo, chegando ao valor de 0,14, igual ao valor do pré-operatório no 7PO. Domínio 2- dor física: iniciou com valor de 1,16 no pré-operatório, e teve seu pico de 2,22 no 1PO e foi decrescendo, chegando ao valor do pré-operatório entre sexto e sétimo dia de PO. Domínio 3- desconforto psicológico: iniciou com valor de 1,20 no pré-operatório, e decresceu a cada dia de PO, chegando no 7PO com 0,55. comprovando a existência de sintomas prévios e decresceu a cada dia de PO. Domínio 4- incapacidade física: iniciou com 0,28 no pré-operatório, teve um pico com valor 1,98 no 1PO e decresceu ao longo dos dias chegando próximo aos valores do pré no 7PO com 0,55. Domínio 5- incapacidade psicológica: iniciou próximo de 0,5 no pré-operatório, teve seu pico, com 0,87 no 1PO até o 3PO e decresceu, chegando aos valores de 0,5 igual ao pré-operatório no 5PO. Domínio 6 - incapacidade social: iniciou com valor de 0,39 no pré-operatório, teve seu pico de 1,17 no 1PO e foi decrescendo, chegando aos valores de 0,38, próximo ao pré-operatório no 6PO.

Domínio 7 - desvantagem social: iniciou com valor de 0, 14 no pré-operatório, teve seu pico com valor de 0,73 no 3PO e decresceu, chegando aos valores do pré-operatório, 0,14 no 7PO (Negreiros, 2010)

Apesar desses dados terem sido coletados subjetivamente, pela percepção do paciente, com a divulgação dos resultados, poderemos rever as indicações das exodontias dos 3Ms e o quanto isto interfere na vida dos pacientes, verificar que os critérios de indicação da exodontia não se restringem somente aos critérios clínico-cirúrgicos, principalmente quando se trata de dentes inclusos assintomáticos, os critérios devem estender-se às condições da vida e qualidade de vida dos pacientes, ampliando assim, a visão dos cirurgiões bucomaxilofacial (Negreiros, 2010).

2.2.d - Qv, cáries e Dp em 3Ms

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e qualidade de vida. A prevenção de morbidades relacionadas a 3Ms deve ser incluída nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

As cáries e a Dp podem ou não gerar dor; dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais e podendo interferir na QV (Sousa, 2002)

A avaliação de QVRS pode ser útil para aprimorar a tomada de decisão de exodontia e para criar uma expectativa realista para pacientes similares (McGrath et al., 2003).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida é um critério que pode ser útil na decisão terapêutica sobre extrair os 3^oMs ou não (Slade et al., 2004). As medidas de QV podem ser usadas para tomar decisões terapêuticas (Crosby et al., 2004).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar a lesões e prejuízo da saúde bucal do indivíduo, tendo um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas (Slade et al., 2004), as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade

e tensão que muitas vezes implicam em falta às atividades laborais e cotidianas (Michel-Crosato et al., 2005).

A medicina nos últimos 30 anos tem visto aumentar o uso dos termos de QV e QV relacionada com condições de saúde e terapias para estas. As medidas tradicionais de saúde precisam ser suplementadas por resultados obtidos por experiências de pacientes (Locker; Allen, 2007).

A deterioração da saúde bucal e as consequências da Dp podem não ser restritas a região de 3M, podem também levar a uma piora na QV (Marciani, 2007).

A cirurgia eletiva de 3M é um procedimento seguro com baixa morbidade e pouco impacto na QV. A QV pode ser alterada após exodontia de 3M e retorna no 5 PO (Haug et al., 2009).

A decisão de extrair 3Ms impactados não é unânime, o acesso a QV é um componente essencial na tomada desta decisão. Apesar de ser um componente virtual relacionado a saúde oral, tem sido utilizado recentemente com mais frequência. A QV após a exodontia de 3M decai nos primeiros dias de PO, o pior perfil ocorre no primeiro dia de PO (Deepti et al., 2009).

Avaliando o impacto da Dp na QV, a limitação funcional (Domínio 1) foi o domínio mais afetado em pacientes com Dp. Nesta amostra 91,5% dos pacientes tiveram impacto neste domínio. Este impacto foi relacionado com idade, renda e Dp (Araujo et al., 2010).

Neste estudo foi avaliado a QV após a exodontia dos 3Ms. Verificou-se que a exodontia dos 3Ms influencia positivamente a QV em pacientes com sintomas leves de pericoronarite (Bradshaw et al., 2012).

Em outra pesquisa os 3Ms foram excluídos da avaliação de Dp e QV. A Dp foi classificada em gengivite crônica, periodontite leve, periodontite moderada e periodontite grave. Um terço dos pacientes com gengivite e periodontite leve tiveram impacto em um dos itens do Ohip. Metade dos pacientes com periodontite moderada tiveram impacto e dois terços dos pacientes com periodontite grave. A periodontite grave crônica teve um impacto maior quando comparado aos outros tipos de Dp, principalmente nos domínios de dor física, (domínio 2) e incapacidade física, (domínio 4) (Al Habashneh et al., 2012).

De uma forma em geral a dor física (domínio 2) foi o domínio com mais impacto. Todos os domínios, exceto o da limitação funcional (domínio 1), diferiram conforme o tipo de Dp. A Dp causou vários sinais e sintomas clínicos, e alguns deles tem impacto na QV (Al Habashneh et al., 2012).

Vários estudos reportaram que a Dp tem efeito negativo na QV, que afeta os indivíduos. Não somente na habilidade de comer, falar, e social, mas também nas relações interpessoais e atividades diárias. Pode afetar o sorriso e o sorrir (Al Habashneh et al., 2012).

Estudos anteriores que relacionaram o grau de dificuldade técnica para exodontia de terceiros molares conforme sua posição, e a variação do impacto na qualidade de vida no pós-operatório de 3Ms, concluíram que nas posições consideradas como difíceis de serem extraídos, tiveram um score alto de questionário Ohip-14 e pior QVRS. Os índices de QV são tão importantes quanto aos parâmetros clínicos nas indicações da exodontias de 3Ms (Negreiros et al., 2012).

Cirurgiões deveriam saber mais sobre QVRS, avaliando as morbidades ligadas a 3Ms e usando informações para escolher o melhor tratamento. Quando a condição clínica sozinha, não fornece dados suficientes para indicar ou não a exodontia, o impacto na QV poderá ser um fator importante a acrescentar na tomada de decisão (Negreiros et al., 2012).

Os índices de QV são tão importantes quanto aos parâmetros clínicos nas indicações da exodontias de 3Ms (Negreiros et al., 2012).

Hoje em dia, os pacientes exigem maior participação nas decisões referente a sua saúde bucal. O que requer um nível maior de compreensão e esclarecimento na hora de propor um tratamento (Negreiros et al., 2012).

A exodontias dos 3Ms impactados é um procedimento muito comum, que envolve o trauma cirúrgico numa área muito vascularizada, é esperado que ocorra inflamação. Estas complicações podem influenciar a QV no PO imediato. Existem vários fatores de risco para as complicações PO, eles são idade, gênero, tempo de duração da cirurgia e experiência do cirurgião (Majid;Al-Mashhadani, 2014).

A pericoronarite interfere na função oral na QV e causa problemas sintomáticos. Isto deve ser considerado na indicação das exodontias de dentes parcialmente erupcionados. É comum ocorrer entre 16 a 30 anos. Pode ser tratada com antibioticoterapia e pode levar a indicação precoce de exodontia (Tang et al., 2014).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 - Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho foi avaliar clinicamente se a posição do 3M, segundo classificação de Pell e Gregory (1933) e Winter (1926), interfere na incidência de cárie e doença periodontal, além de mensurar a qualidade de vida através do questionário Ohip-14 e verificar o impacto destas doenças em pacientes com 3Ms, e assim contribuir para o conhecimento dos cirurgiões dentistas na tomada de decisão correta entre a indicação das exodontias ou a preservação destes dentes.

3.2 - Objetivo Secundário

- Verificar a possível relação da cárie e Dp com: gênero, idade, sintomas e posição 3M
- Mensurar Ohip em pacientes com 3Ms
- Verificar a possível relação da QV com cárie e Dp e posição do 3M.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, observacional com duração de coleta de dados da amostra por aproximadamente 12 meses, com 116 pacientes.

4.2. - Características da Amostra

Os sujeitos envolvidos no estudo foram pacientes que procuraram a triagem do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, coordenado pelo Prof. Dr. Waldyr Antônio Jorge e equipe, na FUNDECTO- FOUSP, para avaliação da necessidade ou não da exodontia dos 3Ms.

Todos os pacientes puderam participar da pesquisa, desde que concordassem de livre e espontânea vontade, independentemente da idade, sexo, nível cultural e sócio econômico.

4.2.a - Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa, pacientes que tinham interesse e disponibilidade em participar da mesma. Todos pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Aqueles que se encaixaram na classificação ASA I (*American Anesthesiology*), independentemente da idade, sexo, nível cultural ou sócio econômico em participar da pesquisa.

Todos os participantes precisavam ter pelo menos um terceiro molar não incluído ou visível na cavidade oral para ser examinado.

4.2.b - Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa pacientes que não preencheram os itens de inclusão, como aqueles sistemicamente comprometidos, alérgicos, gestantes e pacientes que possuíam

os quatro terceiros molares inclusos ou já haviam sido submetidos á exodontia de algum deles.

A pesquisa teve início após a aprovação do comitê de ética, em maio de 2013, aprovação sob numero 280084 (Anexo B).

4.3 - Variáveis do Estudo

As variáveis estudadas foram: cárie, Dp, posição do 3M, gênero, idade, sintomas e QVRS.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de ficha clinica (Anexo C). Esta ficha constou dados pessoais, demográficos, idade, gênero, presença ou ausência de sintomas, motivo da procura, sintomas, ultima visita ao dentista dos pacientes.

A qualidade de vida foi mensurada através do questionário Ohip-14 (Anexo D). Aplicado sob forma de entrevista, por um cirurgião dentista, em todos os pacientes no momento em que o paciente procurou a triagem do curso, no pré- operatório.

A posição dos dentes foi avaliada através de radiografia panorâmica, segundo a classificação de Pell e Gregory e Winter, realizada apenas por uma avaliadora.

A avaliação da cárie foi realizada por exame visual e sondagem com explorador, apenas na superfície oclusal nos terceiros molares erupcionados ou parcialmente erupcionados, (*visual tactile examination*) e avaliação da presença de imagem na radiografia panorâmica.

A avaliação da doença periodontal foi feita pela de sondagem do sulco gengival nos 3Ms em dois pontos: regiões mesio-vestibular e disto-vestibular. Consideramos como presença de Dp quando a bolsa foi maior ou igual a 4 mm (Moss et al.,2007a).

4.5 - Grupos Existentes

Os grupos foram formados de acordo com a presença de cáries, e de 3Ms restaurados, representando os dentes acometidos por cárie.

A Dp, foi considerada como presente quando, pelo menos uma das bolsas, medisse mais que 4 mm de profundidade.

Quanto a posição, a classificação dos 3Ms segundo Pell e Gregory e Winter, foi baseada na avaliação de radiografias panorâmicas, sempre pelo mesmo avaliador. Foi considerado a posição A, B, e C (Pell e Gregory) e a angulação (Winter) e a relação do 3M com o plano oclusal, feita por meio da avaliação clínica.

4.5 a Classificação de Pell e Gregory (1933):

1-Relação do 3M inferior com a borda anterior do ramo mandibular:

1.1 Classe I, quando o espaço entre a borda anterior da mandíbula e a face distal do 2M inferior é suficiente para acomodar a coroa do 3M inferior.

1.2 Classe II, quando o espaço entre a borda anterior da mandíbula e a face distal do 2M inferior é menor do que o diâmetro méso-distal da coroa do 3M inferior.

1.3 Classe III, quando o 3M inferior encontra-se totalmente dentro do ramo mandibular.

2- Profundidade relativa do 3M inferior no osso mandibular e superior no osso maxilar, relacionando a porção mais alta da face oclusal do 3M com a face oclusal do 2M.

2.1 Posição A, quando a porção mais alta da face oclusal do 3M encontra-se no mesmo nível ou acima da face oclusal do 2M.

2.2 Posição B, quando a porção mais alta da face oclusal do 3M encontra-se entre a face oclusal e a cervical do 2M.

2.3 Posição C, quando a porção mais alta da face oclusal do 3M encontra-se ao mesmo nível ou abaixo da linha cervical do 2M.

4.5.b - Classificação de Winter (1926):

1. Posição vertical, quando o longo eixo do 3M encontra-se paralelo ao do 2M
2. Posição medial (mesioangulado), quando o longo eixo do 3M encontra-se para medial em relação ao do 2M
3. Posição horizontal, quando o longo eixo do 3M está perpendicular ao do 2M.
4. Posição distal (distoangulado), quando o longo eixo do 3M encontra-se para distal em relação ao do 2M

4.5.c - Relação com o plano oclusal

- 1- Erupcionado
- 2- Semierupcionado
- 3- Incluso

4.6 - Análise de Dados

Os dados foram digitados e analisados no pacote estatístico STATA 13.0. Na primeira parte dos resultados realizou-se a análise descritiva. Quando dicotômica, foram utilizados indicadores *n* e porcentagem. Quando quantitativas, média, desvio padrão, mínima e máxima. Utilizaram-se medidas de: número absoluto, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, porcentagem e porcentagem cumulativa. Na segunda parte foi verificada a análise inferencial. O primeiro teste realizado foi o de Normalidade e depois o teste *t* para amostras independentes. Também foi feita a regressão de Poisson, para verificar a associação das variáveis. O nível de significância utilizado foi 95%.

Na análise dos resultados foram realizados alguns ajustes para aplicar os testes estatísticos, alguns agrupamentos, os dentes 18 e 28, chamamos de dentes superiores e respectivamente o mesmo nos inferiores, 38 e 48 3Ms inferiores. Em outros momentos agrupamos todos os 3Ms (superiores e inferiores). As avaliações clínicas e radiográficas também foram agrupadas, assim como os dois pontos avaliados quanto a presença de Dp. Dentes cariados foram agrupados aos dentes obturados e chamamos de dentes acometidos por

cáries. Dentes acometidos por cáries agrupados com dentes com Dp e chamamos de dentes com alterações patológicas. Outro ajuste realizado foi excluir dentes inclusos e avaliar apenas dentes erupcionados e semierupcionados, assim como, os dentes ausentes por anodontia foram excluídos de alguns testes realizados a fim de analisarmos somente os dentes realmente presentes em nossa amostra.

Na análise dos resultados do questionário Ohip-14, fizemos análises das médias dos domínios e também avaliamos o impacto em cada um deles, considerando com impacto quando maior que zero.

5 RESULTADOS

O período de coleta de dados foi de 12 meses, maio de 2013 á maio de 2014. Nossa amostra foi constituída inicialmente de 117 pacientes, destes 1 foi excluído da pesquisa por apresentar dados incompletos. Portanto, nossa amostra constituiu-se de 116 pacientes. Sendo que 54,31% do gênero feminino, e 45,69% do gênero masculino (Tabela 5.1). A idade variou de 15 a 40 anos, sendo que a média etária foi de 25,25 anos com desvio padrão de 5,06 anos de idade (Tabela 5.2).

Tabela 5.1– Distribuição dos participantes segundo gênero. Brasil, 2014

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Feminino	63	54,31
	Masculino	53	45,69

Tabela 5.2– Distribuição dos participantes segundo idade. Brasil, 2014

Variável	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	116	25,25	5,06	15	40

]5.a -3M

Quanto a presença de sintomas nos 3Ms, agrupando os dois lados colhidos, 50,86% não apresentaram queixas sintomáticas e 49,14% apresentaram queixa de dor. Em relação ao lado obtivemos 51,72% com sintomas no lado direito e 46,55% com sintomas do lado esquerdo (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Distribuição dos participantes segundo sintomas. Brasil, 2014

Variável	Categoria	com sintomas	sem sintomas
Sintomas	Lado Direito	60 (51,72%)	56 (48,28%)
	Lado Esquerdo	54 (46,55%)	62 (53,45%)
	Geral	114 (49,14%)	118 (50,86%)

Na avaliação do tempo desde a última visita ao dentista, a maioria das pessoas tinham feito a última visita ao dentista entre 7 a 30 dias , 20% 7 dias e 15% 30 dias. A variação deste prazo foi grande. A média de tempo da ultima visita ao dentista foi de 239 dias (Tabela 5.4).

Tabela 5.4– Distribuição dos participantes segundo tempo da ultima visita ao dentista. Brasil, 2014

Variável	Dias	Freq	%
Tempo da Última visita	7	21	19,63
	15	11	10,28
	30	16	14,95
	360	10	9,35

Quanto ao motivo que levou os pacientes a procurar o serviço para avaliar os 3Ms, encontramos 33,54% motivados pela dor, 21,93% por motivos ortodônticos, 23,28 % por presença de cárie, 15,79% por falta de espaço e 5,26% outros motivos (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 – Distribuição dos participantes segundo motivo da procura do serviço. Brasil, 2014

Motivo da procura	Pacientes	%
Ortodôntico	25	21,93
Dor	39	33,34
Cárie	27	23,68
Falta de espaço	18	15,79
Outros	6	5,26

5.b- Cárie

Quanto a avaliação clínica da presença de cárie, no dente 18 (3M superior direito), estiveram hígido 55,17%, sendo 4 ausentes por anodontia (3,45%) e 17 inclusos (14,66%). A presença de cárie foi detectada clinicamente em 28 dentes (3M superior direito), 24,14%, somada aos obturados 3 dentes totalizando 31 dentes acometidos por cárie (26,77%).

Quanto a avaliação clínica da presença de cárie, no dente 28 (3M superior esquerdo), estiveram hígido 54,31% , sendo 2 ausentes por anodontia (1,72%) e 18 inclusos (15,52%). A presença de cárie foi detectada clinicamente em 28 dentes (3M superior esquerdo), 24,14% e 5 dentes obturados (4,31%) totalizando 33 dentes acometidos por cárie e 28,45%.

Quanto a avaliação clínica da presença de cárie, no dente 38 (3M inferior esquerdo), estiveram hígido 56,90%, sendo 3 ausentes por anodontia (2,59%) e 11 inclusos (9,48%). A presença de cárie foi detectada clinicamente em 32 dentes, 27,59%, e 4 dentes estavam obturados, sendo 3,45 %; totalizando 36 (31,04%) dentes acometidos por cárie.

Quanto a avaliação clínica da presença de cárie, no dente 48 (3M inferior direito), estiveram hígido 60,34%, sendo 1 ausente por anodontia (0,86%) e 7 dentes inclusos (6,03%). A presença de cárie foi detectada clinicamente em 33 dentes, 28,45%, e 5 dentes estavam obturados, sendo 4,31 %, totalizando 38 dentes e 32,76% acometidos por cárie.

Na avaliação radiográfica da presença de cáries, no dente 18 (3M superior direito), estiveram hígido 72,41%. A presença de imagem radiográfica de cárie foi detectada em 7 dentes, 6,3%, e obturados 3 dentes (2,59%), total 10 dentes e 8,89% acometidos por cárie detectados radiograficamente.

Na avaliação radiográfica da presença de cáries, no dente 28 (3M superior esquerdo), estiveram hígido 75,0%. A presença de imagem radiográfica de cárie foi detectada em 8 dentes, 6,9%, e obturados 4 dentes (3,5%), total 12 dentes e 10,4% acometidos por cárie detectados radiograficamente.

Na avaliação radiográfica da presença de cáries, no dente 38 (3M inferior esquerdo), estiveram hígido 73,28%. A presença de imagem radiográfica de cárie foi detectada em 11 dentes, 9,48% e 3 obturados 2,59%, totalizando 14 dentes e 12,07% acometidos por cárie detectados radiograficamente.

Na avaliação radiográfica da presença de cáries, no dente 48 (3M inferior direito), estiveram hígido 76,72%. A presença de imagem radiográfica de cárie foi detectada em 14 dentes, 12,07% e obturados 5 (4,31%), totalizando 19 dentes e 16,38% acometidos por cárie detectados radiograficamente (Tabela 5.6).

Tabela 5.6– Distribuição dos participantes segundo presença de cárie de cada dente. Brasil, 2014

Cárie	Condição	18	28	38	48
Cárie clínico	hígido	64 (55,17%)	63 (54,31%)	66 (56,90%)	70 (60,34%)
	cariado	28 (24,14%)	28 (24,14%)	32 (27,59%)	33 (28,45%)
	obturado	3 (2,59%)	5 (4,31%)	4 (3,45%)	5 (4,31%)
	incluso	17 (14,66%)	18 (15,52%)	11 (9,48%)	7 (6,03%)
Cárie radiográfico	hígido	84 (72,41%)	87 (75%)	85 (73,28%)	89 (76,72%)
	cariado	7 (6,03%)	8 (6,90%)	11 (9,48%)	14 (12,07%)
	obturado	3 (2,59%)	4 (3,45%)	3 (2,59%)	5 (4,31%)
	incluso	18 (15,52%)	15 (12,93%)	14 (12,07%)	7 (6,03%)

Agrupando os dentes superiores, quanto presença de cárie, superiores estiveram hígido 54,74%, sendo 2,59% ausentes por anodontia e 15,09% inclusos. A presença de cárie foi detectada clínica ou radiograficamente em 24,14% dentes, 3,45% estavam obturados, sendo 27,59% acometidos por cárie detectados clínica ou radiograficamente.

Agrupando os dentes inferiores, quanto presença de cárie, estiveram hígido 58,62%, sendo 1,72% ausentes por anodontia e 7,76% inclusos. A presença de cárie foi detectada clínica ou radiograficamente em 28,02% da amostra e 3,88% dentes estavam obturados, totalizando 31,9% acometidos por cárie detectados clínica ou radiograficamente (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 – Distribuição dos participantes segundo presença de cárie de 3Ms superiores e inferiores. Brasil, 2014

CÁRIE	3M superior	3M inferior
Hígido	127 (54,74%)	136 (58,62%)
Cariado	56 (24,14%)	65 (28,02%)
Obturado	8 (3,45%)	9 (3,88%)
Cárie +obturado	64 (27,59%)	74 (31,9%)
incluso	35 (15,09%)	18 (7,76%)

5.c - Dp

Clinicamente detectou-se Dp no ponto mesiovestibular, dente 18: encontramos 3,45%, dente 28: 8,62%, no dente 38: 14,66% de bolsa e no dente 48: 15,52% de bolsa maior que 4mm, ou seja presença de Dp.

No ponto distovestibular clinicamente detectou-se Dp: dente 18 e dente 28 não apresentaram bolsa maior que 4 mm, o dente 38: 0,86% de bolsa e o 48: 2,59% de bolsa. Quanto a avaliação clínica da sondagem gengival, no ponto distovestibular do dente 48:

96,55% não apresentou bolsa maior que 4 mm e 15,52% apresentou bolsa, 0,86% de anodontia deste elemento.

Quanto à avaliação radiográfica da Dp parte mesial, ponto mesiovestibular: no dente 18 encontramos 2,59% de dentes com bolsa, dente 28 apresentou 6,9% de bolsa. Dente 38 com bolsa em 18,1% e dente 48 14,66% de bolsa maior que 4 mm, presença de Dp.

No ponto disto vestibular, radiograficamente- Dente 18 e 28 nenhuma imagem de bolsa, dentes 38: 2,59% de bolsa e 48: idem (Tabela 5.8).

Tabela 5.8– Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal de cada dente. Brasil, 2014

Dp		18	28	38	48
Perio clínico	Ponto MV com bolsa	4 (3,45%)	10 (8,62%)	17 (14,66%)	18 (15,52%)
	Ponto MV sem bolsa	90 (77,59%)	86 (74,14%)	85 (73,28%)	90 (77,59%)
	Ponto DV com bolsa	17 (14,66%)	18 (15,52%)	1 (0,86%)	3 (2,59%)
	Ponto DV sem bolsa	94 (81,03%)	96 (82,76%)	101 (87,07%)	112 (96,55%)
	Ausente	18 (15,52%)	18 (15,52%)	11 (9,48%)	7 (6,03%)
Perio radiográfico	Ponto MV com bolsa	3 (2,59%)	8 (6,90%)	21 (18,10%)	17 (14,66%)
	Ponto MV sem bolsa	91 (78,45%)	88 (75,86%)	82 (70,69%)	91 (78,45%)
	Ponto DV com bolsa	0	0	3 (2,59%)	3 (2,59%)
	Ponto DV sem bolsa	94 (81,03%)	95 (81,90%)	99 (85,34%)	105 (90,52%)
	Ausente	18 (15,52%)	19 (16,38%)	11 (9,48%)	24 (20,69%)
Anodontia		4 (3,45%)	2 (1,72%)	3 (2,59%)	1 (0,86%)

Agrupando os dentes com Dp, na avaliação clínica e radiográfica.

Nos dentes superiores, os 3Ms não apresentaram bolsa 75,43%. A presença de bolsa maior que 4 mm foi encontrada em 5,60%, 15,95% dos 3Ms superiores estavam inclusos e 3,02% de anodontia.

Nos 3Ms inferiores encontramos, 72,41% sem bolsa maior que 4 mm, 18,53% com bolsa, 7,33% estavam inclusos e 1,72% de anodontia.

Nos 3Ms superiores apresentaram Dp em 5,60%, e os 3Ms inferiores, a incidência de Dp, 7,33% (Tabela 5.9).

Tabela 5.9– Distribuição dos participantes segundo presença de Dp de dentes superiores e inferiores. Brasil, 2014

DP	3M superior	3M inferior
Com bolsa	13 (5,6%)	43 (18,53%)
Sem bolsa	175 (75,43%)	168 (72,41%)
incluso	37 (15,95%)	17 (7,33%)
anodontia	6 (2,59%)	4 (1,72%)

5.d- Posição

Quanto a avaliação da posição de cada dente:

Dente 18(3M superior direito):

Quanto a avaliação da posição dos dentes com relação ao plano oclusal encontramos 80 dentes erupcionados (68,97%), 19 dentes inclusos (16,38%) e 13 dentes semierupcionados (11,21%), com 4 elementos com anodontia (3,45%).

Quanto a avaliação da classificação de Pell e Gregory, 84 dentes em posição A (72,41%). 10 dentes em B (8,82 %) e 18 dentes em posição C (15,52%).

Quanto a classificação de Winter, 105 dentes verticais, sendo 90,52%, 6 dentes mesioangulados, 5,17%, 1 dente distoangulado com 0,86% e 4 dentes anodontia.

Dente 28 (3M superior esquerdo):

Quanto a avaliação da posição dos dentes com relação ao plano oclusal 88 dentes erupcionados, 75,86%, 18 dentes inclusos 15,52% e 8 dentes semierupcionados 6,9%, com 2 elementos com anodontia 1,72%.

Quanto a avaliação da classificação de Pell e Gregory, 86 dentes em posição A, 74,14%. 8 dentes em B, 6,90 % e 20 dentes em posição C 17,24%.

Quanto a classificação de Winter, 108 dentes verticais, sendo 93,10%, 3 dentes mesioangulados, 2,59%, 3 dentes distoangulado com 2,59% e 2 dentes anodontia 1,72%

Dente 38 (3M inferior esquerdo):

Quanto a avaliação da posição dos dentes com relação ao plano oclusal 41 dentes erupcionados, 35,34%, 11 inclusos 9,48% e 61 dentes semierupcionados 52,59%, com 3 elementos com anodontia 2,59%.

Quanto a avaliação da classificação de Pell e Gregory, 89 dentes em posição A, 76,72%, 22 dentes em B, 18,97 % e 2 dentes em posição C 1,72%.

Ainda na classificação de Pell e Gregory quanto a classe 58 dentes classe I, 50%, 54 dentes classe II, 46,55% e 1 dente classe III, 2,59%, 3 dentes anodontia.

Quanto a classificação de Winter, 65 dentes verticais, sendo 56,03%, 26 dentes mesioangulados, 22,41%, 17 dentes horizontais, 14,66%, 5 dentes distoangulado com 4,31% e 3 dentes anodontia 2,59%.

Dente 48 (3M inferior direito):

Quanto a avaliação da posição dos dentes com relação ao plano oclusal 42 dentes erupcionados, 36,21%, 7 dentes inclusos 6,03% e 66 semierupcionados 56,90%, com 1 elemento com anodontia 0,86%.

Quanto a avaliação da classificação de Pell e Gregory, 94 dentes em posição A, 81,03%. 18 dentes em B, 15,52% e 3 dentes em posição C 2,59%.

Ainda na classificação de Pell e Gregory quanto a classe 69 dentes classe I, 59,48%, 46 dentes classe II, 39,66%, 1 dentes anodontia, 0,86%.

Quanto a classificação de Winter, 75 dentes verticais, sendo 64,66%, 18 dentes mesioangulados, 15,52%, 17 dentes horizontais com 14,66% e 5 dentes distoangulados, 4,31%, 1 dente anodontia 0,86% (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 – Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter, Pell e Gregory e relação com plano oclusal, de cada terceiro molar. Brasil, 2014

POSIÇÃO		18	28	38	48
Plano oclusal	Erupcionado	80 (68,97%)	88 (75,86%)	41 (35,34%)	42 (36,21%)
	semierupcionado	13 (11,21%)	8 (6,90%)	61 (52,59%)	66 (56,90%)
	incluso	19 (16,38%)	18 (15,52%)	11 (9,48%)	7 (6,03%)
Winter	vertical	105 (90,52%)	108 (93,10%)	65 (56,03%)	75 (64,66%)
	mesioangulado	6 (5,17%)	3 (2,59%)	26 (22,41%)	18 (15,52%)
	horizontal	0	3 (2,59%)	17 (14,66%)	17 (14,66%)
	distoangulado	1 (0,86%)	0	5 (4,31%)	5 (4,31%)
Pell e Gregory	Posição A	84 (72,41%)	86 (74,14%)	89 (76,72%)	94 (81,03%)
	Posição B	10 (8,62%)	8 (6,9%)	22 (18,97%)	18 (15,52%)
	Posição C	18 (15,52%)	20 (17,24%)	2 (1,72%)	3 (2,59%)
	Classe I	-	-	58 (50%)	69 (59,48%)
	Classe II	-	-	54 (46,55%)	46 (39,66%)
	Classe III	-	-	1 (0,86%)	0
Anodontia		4 (3,45%)	2 (1,72%)	3 (2,59%)	1 (0,86%)

Agrupando os terceiros molares quanto a posição com relação ao plano oclusal

Os superiores, erupcionados 83,62%, inclusos 15,95% e semierupcionados 9,05%, anodontia 2,59% .

Dentes inferiores, semierupcionados, 54,74% e erupcionados 35,78%, incluso 7,76%, e anodontia 1,72%.

Agrupando a posição com relação a classificação de Winter:

Os dentes superiores, em posição vertical 91,81%, 3,88% em posição mesioangulada e 1,72% distoangulada.

Nos inferiores, 60,34% em posicao vertical, 18,97% mesioangulado, 14,66% em posição horizontal e 4,31% distoangulados

Agrupando a posição com relação a classificação de Pell e Gregory:

Nos dentes superiores posição A: 73,27%, seguido da posição C: 16,38%

Nos dentes inferiores posição A: 78,87%, seguida da posição B: 17,24%

Ainda nesta classificação, classe II: 43,10% seguida da classe I: 17,24% (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 – Distribuição dos participantes segundo classificações de Winter, Pell e Gregory e relação com plano oclusal, de dentes superiores e inferiores. Brasil, 2014

POSIÇÃO		3M superior	3M inferior
Plano oclusal	Erupcionado	168 (83,62%)	83 (35,78%)
	Semierupcionado	21 (9,05%)	127 (54,74%)
	Incluso	37 (15,95%)	18 (7,76%)
Winter	Vertical	213 (91,81%)	140 (60,34%)
	Mesioangulado	9 (3,88%)	44 (18,97%)
	Horizontal	0	34 (14,66%)
	Distoangulado	4 (1,72%)	10 (4,31%)
Pell e Gregory	Posição A	170 (73,27%)	183 (78,87%)
	Posição B	18 (7,76%)	40 (17,24%)
	Posição C	38 (16,38%)	5 (2,15%)
	Classe I	-	40 (17,24%)
	Classe II	-	100 (43,10%)
	Classe III	-	1 (0,43%)
	Anodontia	6 (2,59%)	4 (1,72%)

5. e- QV-Ohip

Quanto a avaliação da qualidade de vida no questionário Ohip-14 em pacientes com 3Ms. Ohip 1: a maioria respondeu nunca, Ohip 2: a maioria dos pacientes respondeu nunca, Ohip 3: a maioria respondeu as vezes 26,72%, com impacto, Ohip 4: a maioria respondeu nunca 32,76%, mas tivemos 20,69% que respondeu sempre, com impacto, Ohip 5: a maioria respondeu sempre, 28,45% com impacto, Ohip 6: a maioria respondeu nunca, Ohip 7: a maioria respondeu nunca e 21,55% as vezes, Ohip 8: a maioria respondeu nunca e 19,83% respondeu as vezes, Ohip 9: a maioria respondeu nunca 54,31% e 27,59% as vezes, Ohip 10: a maioria respondeu nunca 77,59%, Ohip 11: a maioria respondeu nunca 75%, Ohip 12: a maioria respondeu nunca 68,97% sem impacto, Ohip 13 a maioria respondeu nunca 75,86%, Ohip 14: a maioria respondeu nunca 92,17%. A média de cada pergunta do Ohip-14 foi Ohip 1: 0,15, Ohip 2: 34 com impacto, Ohip 3: 1,78 com impacto, Ohip 4: 1,72 com impacto, Ohip 5: 2,02 com impacto, Ohip 6: 1,15 com impacto, Ohip 7: 0,85, Ohip 8: 0,67, Ohip 9: 0,94, Ohip 10: 0,44, Ohip 11: 0,49, Ohip 12: 0,62, Ohip 13: 0,51, Ohip 14: 0,13 (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Distribuição dos participantes segundo perguntas do questionário Ohip-14. Brasil, 2014

A média do Ohip total somatória das respostas, foi 12,13, sendo o Max possível 56. O Ohip total variou de 0 a 51. Quanto a avaliação dos domínios 0 a 4. Domínio 1 (avaliação funcional) 0,27. Domínio 2 (dor física) 1,77, impacto. Domínio 3 (desconforto psicológico)

1,61, impacto. Domínio 4 (incapacidade física) 0,75. Domínio 5 (incapacidade psicológica) 0,71. Domínio 6 (incapacidade social) 0,85. Domínio 7 (desvantagem social) 0,34 (Figura 5.2).

Figura 5.2– Distribuição dos participantes segundo domínios do questionário Ohip-14. Brasil, 2014

5.f- Cárie e Dp Juntos (alteração patológica)

Testamos a relação da ocorrência de cáries e Dp em 3Ms superiores e inferiores, e não se verificou relação, porém notou-se que pacientes que possuem mais cáries em 3Ms tem menos Dp.

Agrupando pacientes com cárie e pacientes com Dp, chamam-os de pacientes com alterações patológicas, encontramos, nos 3Ms superiores, 49 com alterações patológicas e 67 sem alterações. Tivemos prevalência de dentes sem alterações patológicas 57,76% contra 42,24%. Nos 3Ms inferiores encontramos, 61 pacientes com alteração patológica e 55 sem alteração, prevalecendo os 3Ms inferiores com alteração patológica, 52,59% contra 47,41%.

No geral, quando agrupamos todos os 3Ms, nossa amostra apresentou mais 3Ms com alterações patológicas do que sem alterações (62,93% e 52,59%). 62,93% dos pacientes de nossa amostra apresentavam cárie ou Dp em 3Ms, contra 37,07% sem alterações patológicas.

As cáries foram mais prevalentes nos 3Ms inferiores 29,74% bem como a Dp também, 12,06%. Foi encontrado mais cáries do que Dp nos 3Ms de nossa amostra (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e cáries. Brasil, 2014

CÁRIE	3M superior	3M inferior	3Ms total
Cárie +obturado	64 (27,59%)	74 (31,9%)	
DP	3M superior	3M inferior	
Com bolsa	13 (5,6%)	43 (18,53%)	
ALT PATOLÓGICA	49 (42,24%)	61 (52,59%)	73 (62,93%)

5.g - Cárie e Posições

1-Quanto a relação ao plano oclusal

Os 3Ms superiores, quando os inclusos foram excluídos, os dentes erupcionados apresentaram 28% a mais de cáries que os dentes semierupcionados sem significância (tabela 5.13).

Os 3Ms inferiores, quando os inclusos foram excluídos, os dentes erupcionados apresentaram duas vezes mais cáries do que os semierupcionados, com significância (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries 3Ms e posição oclusal. Brasil, 2014

Cárie x erupção	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M sup	1,285	0.432	0,455	0,665	2,484
3M inf	2,079	0.436	0,000	1.378	3,137

2- Quanto a relação da cárie de 3Ms superiores com as posições, segundo a classificação de Winter (1926):

Nos 3Ms superiores, os dentes na posição distoangulada apresentaram mais cáries do que os verticais com diferença significativa (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries de 3Ms superiores e posição de Winter. Brasil, 2014

Cáries x Winter	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M sup	2,415	0.303	0,000	1,888	3,090

Nos 3Ms inferiores não houve relação comprovada estatisticamente, porém os 3Ms inferiores na posição distoangulada apresentaram menos cáries do que os mesioangulados. E os dentes na posição mesioangulada apresentaram 10% mais cáries que os verticais, e mais cáries do que os dentes horizontais.

3- Quanto a relação da cárie de 3Ms com as posições, classificação de Pell e Gregory, com as posições A, B e C

Nos 3Ms superiores, a posição B apresentou 30% menos cáries que o A, e a posição C apresentou mais caries que a posição A, com significância (Tabela 5.15).

Nos 3Ms inferiores, a posição B apresentou duas vezes mais cáries que a posicao A e a posicao C quatro vezes mais caries que a A, com significância (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries 3Ms e posição Pell e Gregory. Brasil, 2014

Cárie x Pell	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M sup	0,717	0.303	0,000	0,312	1,644
	7,644	1,082		5,791	10,091
3M inf	1,989	0,336	0,000	1,427	2,772
	3,819	1,158		2,107	6,921

5.h-Cárie com sintomas

A presença de cáries nos dentes superiores foi comparada com a presença de sintomas. Pacientes com cáries tiveram 9% a mais de sintomas que os pacientes sem cáries, sem diferença estatisticamente significativa, mas no limite de significância (Tabela 5.16).

A presença de cáries nos dentes inferiores foi relacionada com a presença de sintomas. Nos 3Ms inferiores, pacientes com cáries apresentaram 1% a mais de sintomas, sem diferença estatística (Tabela 5.16).

Tabela 5.16 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e sintomas. Brasil, 2014

Cárie x sintomas	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M sup	1,098	0.267	0,699	0,681	1,771
3M inf	1,013	0.228	0,952	0,651	1,577

5. i- Cárie com idade e gênero

No gênero feminino tivemos mais incidência de cáries, porém sem relação estabelecida.

Quanto a idade, pacientes mais velhos apresentaram 4% mais cáries, estatisticamente significativa (Tabela 5.17).

Tabela 5.17 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e idade. Brasil, 2014

Cárie x idade	IRR	Std err	P	Intervalo	
	1,049	0,013	0,000	1,022	1,076
	0,166	0,065		0,077	0,358

5. j- Dp com posição

1-Quanto a relação Dp com posição ao plano oclusal

Quanto a relação da Dp, com posição dos dentes em relação ao plano oclusal, nos 3Ms superiores, dentes erupcionados e semierupcionados representam risco para Dp. Nos 3Ms inferiores, os dentes erupcionados tem 60% mais Dp do que os dentes semierupcionados, sem relação comprovada estatisticamente.

2- Quanto a relação da Dp de 3Ms com as posições, classificação de Winter

Quanto a relação da Dp com posição dos dentes na classificação de Winter, nos 3Ms superiores os dentes em posição mesioangulados, horizontais ou distoangulados apresentam menos risco de Dp quando comparados aos verticais. Nos 3Ms inferiores os dentes

mesioangulados apresentaram mais Dp que os dentes verticais com diferença estatisticamente significativa (Tabela 5.18).

Tabela 5.18- Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal em 3Ms inferiores e posições de Winter. Brasil, 2014

Dp x Winter	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M inf	1,882	0,608	0,050	0,999	3,547

3- Quanto a relação da Dp de 3Ms com as posições, classificação de Pell e Gregory, com as posições A, B e C

Nos 3Ms superiores, a posição B apresentou menos Dp que a posição A, e a posição C apresentou mais Dp que a posição A, com significância (Tabela 5.19).

Nos 3Ms inferiores, a posição B apresentou mais Dp que a posição A e posição C apresentou mais Dp que a posição A, com significância (Tabela 5.19).

Tabela 5.19 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp em 3Ms e posição Pell e Gregory. Brasil, 2014

Dp x Pell	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M sup	0,001	0,001	0,000	0,001	1,001
	15,125	3,855		9,177	24,928
3M inf	2,541	0,662	0,000	1,524	4,237
	5,693	1,673		3,200	10,128

5.1- Dp com sintomas

A presença de Dp nos dentes superiores foi comparada com a presença de sintomas, pacientes com Dp tem 10% a mais de sintomas que os pacientes sem Dp, sem diferença estatisticamente significativa

A presença de Dp nos dentes inferiores foi relacionado com a presença de sintomas. Nos 3Ms inferiores pacientes com Dp apresentaram 60% a mais de sintomas, com diferença estatística (Tabela 5.20).

Tabela 5.20- Distribuição dos participantes segundo presença de doença periodontal e posições de Winter. Brasil, 2014

Dp x sintomas	IRR	Std err	P	Intervalo	
3M inf	1,607	0.334	0,023	1,069	2,41

5.m- Dp com idade e gênero

No gênero feminino tivemos mais incidência de Dp quando comparado ao masculino, porém sem relação estabelecida

Quanto a idade, pacientes mais velhos apresentaram mais Dp, estatisticamente significativa (Tabela 5.21).

Tabela 5.21- Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e idade. Brasil, 2014

Dp x idade	IRR	Std err	P	Intervalo	
Sem Dp	1,060	0,024	0,012	1,0013	1,110
Com Dp	0,071	0,046		0,019	0,259

5.n - Ohip com cárie

Relacionando cárie com a média do Ohip total, os 3Ms superiores com cáries apresentaram a média do Ohip maior do que pacientes com 3Ms sem cáries, sem diferença. Nos 3Ms inferiores cariados pacientes tiveram médias do Ohip similares aos não cariados.

Com relação aos domínios do Ohip, no domínio 3 tivemos diferença entre pacientes com cárie nos 3Ms superiores quando comparado os pacientes sem cárie (Tabela 5.22).

Tabela 5.22 – Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e Dominio 3. Brasil, 2014

Cárie sup x dom 3	Mean	Std Dev	P	Diferença
Sem cárie	1,425	1,213	0,0467	- 0,379
Com cárie	1,804	1,280		

No domínio 6 tivemos diferença entre pacientes com carie nos 3Ms superiores quando comparado aos pacientes sem cárie (Tabela 5.23).

Tabela 5.23– Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e domínio 6. Brasil, 2014

Cárie sup x dom 6	Mean	Std dev	P	Diferença
Sem cárie	0,645	0,086	0,054	-0,330
Com cárie	0,976	0,170		

Agrupando os 3Ms superiores e inferiores, e relacionando com Ohip, encontramos relação no domínio 1 (Tabela 5.24) e no domínio 7 (Tabela 5.24). Os pacientes com cárie apresentaram menor impacto nestes domínios.

Tabela 5. 24– Distribuição dos participantes segundo presença de cáries e domínio 1 e 7. Brasil, 2014

Cárie x dom 1	IRR	Std Err	P	Intervalo	
Sem cárie	0,717	0,114	0,038	0,524	0,981
Com cárie	0,666	0,596		0,559	0,794
Cárie x dom 7	IRR	Std Err	P	Intervalo	
Sem cárie	0,592	0,110	0,005	0,411	0,853
Com cárie	0,767	0,075		0,632	0,931

5.0 - Ohip com Dp

Relacionando a Dp com a média do Ohip total, a média do Ohip foi maior em pacientes com Dp nos 3Ms superiores, sem diferença estatística. Nos 3Ms inferiores a média do Ohip foi maior nos pacientes com Dp, quando comparados aos sem Dp, com diferença estatisticamente significativa. Os pacientes com Dp no 3Ms inferiores tem mais impacto na QV (Tabela 5.25).

Tabela 5.25 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e Ohip. Brasil, 2014

Dp x Ohip	Mean	Std Dev	P	Diferença
Sem Dp	11,642	9,888	0,044	- 3,357
Com Dp	15	8,893		

Com relação aos domínios do Ohip, Domínio 1 Ohip em paciente com Dp nos 3Ms inferiores e superiores maior do que sem Dp, sem diferença estatística

No domínio 2 os pacientes com Dp em dentes superiores tiveram resultado maior, sem diferença estatística. Neste domínio tivemos diferença entre Ohip de pacientes com doença periodontal nos 3Ms inferiores quando comparado ao Ohip dos pacientes sem Dp, sendo menor o ohip em paciente sem Dp (Tabela 5.26).

Tabela 5.26 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e Domínio 2. Brasil, 2014

Dp x dom 2	Mean	Std Dev	P	Diferença
Sem Dp	1,678	1,192	0,004	-0,600
Com Dp	2,279	1,126		

No domínio 3, a avaliação de Dp nos 3Ms inferiores, deu diferença no limite de significância ($p= 0,063$). Paciente com Dp nos 3Ms inferiores tiveram mais impacto no domínio 3 quando comparados a pacientes sem Dp.

No domínio 4 a avaliação de Dp nos 3Ms inferiores, tivemos diferença entre pacientes com doença periodontal nos 3Ms inferiores, quando comparado aos pacientes sem Dp (Tabela 5.27).

Tabela 5.27 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e domínio 4. Brasil, 2014

Dp x Ohip	Mean	Std Dev	P	Diferença
Sem Dp	0,660	0,869	0,001	-0,536
Com Dp	1,197	1,170		

Agrupando os 3Ms superiores e inferiores, e relacionando com Ohip, encontramos relação no domínio 2 (Tabela 5.28) e no domínio 7 (Tabela 5.28). Os pacientes com Dp apresentaram menor impacto nestes domínios.

Tabela 5.28 – Distribuição dos participantes segundo presença de Dp e domínio 2 e 7. Brasil, 2014

Dp x dom 2	IRR	Std Err	P	Intervalo	
Sem Dp	0,720	0,109	0,031	0,534	0,970
Com Dp	0,397	0,056		0,301	0,524
Dp x dom 7	IRR	Std Err	P	Intervalo	
Sem Dp	0,634	0,146	0,049	0,403	0,999
Com Dp	0,421	0,718		0,301	0,588

5.p- Ohip com cárie e dp

Foram comparado os resultados de Ohip dos pacientes com alteração patológica e pacientes sem alterações no Ohip total e em cada domínio. No Ohip total não houve diferença. Quando comparamos com cada domínio, encontramos os resultados de Ohip maiores em pacientes com alterações patológicas, porém a única diferença estatisticamente no limite da significância encontrada foi no domínio 7, onde os pacientes com alterações patológica tinham mais impacto neste domínio (Tabela 5.29).

Tabela 5.29 – Distribuição dos participantes segundo presença de alteração patológica e dominio 7. Brasil, 2014

Alt patol x dom 7	Std err	p	intervalo	
Sem alt patol	0,150	0,064	0,413	1,024
Com alt patol	0,130		0,580	1,101

Com relação a gênero, feminino com mais alterações porém não houve relação

Com relação a idade, pudemos verificar que pacientes mais velhos tiveram mais alterações patológicas com significância (Tabela 5.30).

Tabela 5.30 – Distribuição dos participantes segundo presença de alteração patológica e idade. Brasil, 2014

Alt patol x idade	IRR	Std err	P	intervalo	
Sem alt patol	1,043	0,023	0,055	0,999	1,089
Com alt patol	0,209	0,125		0,065	0,675

5.q- Ohip com sintomas

Relacionando Ohip total com sintomas em 3Ms, apresentou relação comprovada estatisticamente. Paciente que apresentaram sintomas em 3Ms tiveram resultados de Ohip maiores, com diferença estatística (Tabela 5.31).

Tabela 5.31 – Distribuição dos participantes segundo presença de sintomas e ohip total Brasil, 2014

Sintomas x Ohip	Mean	Std Dev	P	Diferença
Sem sintomas	9,838	9,377	0,0002	-4,661
Com sintomas	14,5	9,262		

Os domínios 2, 3 e 5 apresentaram diferença e relação com diferença estatística, pacientes com sintomas tiveram maiores resultados nos domínios 2, 3 e 5, quando comparados a pacientes sem sintomas (Tabela 5.32).

Tabela 5.32 – Distribuição dos participantes segundo presença de sintomas e domínios 2,3 e 5 . Brasil, 2014

Sintomas x dom 2	Mean	Std Dev	P	Diferença
	1,360	1,165	0,000	-0,845
	2,206	1,124		
Sintomas x dom 3	Mean	Std Dev	P	Diferença
	1,377	1,262	0,003	-0,486
	1,864	1,208		
Sintomas x dom 5	Mean	Std Dev	P	Diferença
	0,584	0,906	0,021	-0,266
	0,850	0,835		

6 DISCUSSÃO

6.1 - Terceiros molares

Os 3Ms são caracterizados por variações de morfologia, tipo de raiz, tempo de formação, e tempo de erupção. Segundo McCoy (2012) a erupção ocorre normalmente entre 17 e 21 anos. Para Ahmad et al. (2008) a idade mais frequente é dos 19,5 anos aos 23 anos. Já para Zhang e Zhang, (2012) é entre 17 a 25 anos de idade. Kaveri e Prakash, (2012) a erupção do 3M pode ocorrer no final da adolescência, o momento de erupção varia de 13 a 20 anos de idade. Phillips e White, (2012), afirmaram que a média de idade de erupção dos 3Ms pode ser diferente quando observado diferença de etnia e raça da população. Os 3Ms se formam aos 3-4 anos de idade, calcificam entre 7-10 anos, e a coroa se completa por volta dos 12 aos 16 anos (McCoy, 2012). Ahmad et al. (2008) citaram que até acabar o crescimento mandibular, não se sabe se o dente atingirá o plano oclusal (Ahmad et al., 2008).

No mesmo estudo, relataram que é difícil estimar se o 3M vai erupcionar ou não. Muitas patologias podem envolver os 3Ms. Al Anqudi et al. (2014) relataram ser o dente mais frequentemente incluso na cavidade oral, devido á falta de espaço, podendo causar pericoronarite, cáries e desenvolvimento de alteração patológica na região. Zhang e Zhang, (2012), disseram que o 3M é o ultimo dente a desenvolver, erupcionar e mineralizar na dentição permanente. Clinicamente é o dente que mais fica impactado é o responsável por patologias como periodontite, pericoronarite, apinhamento dental, dor, cistos, etc. Chang et al. (2009), reiteraram afirmando que a impacção do 3M pode levar á pericoronarite e cáries.

Segundo McCoy (2012), são chamados de impactados quando não erupcionam na posição natural, seja por osso muito denso, por ficar obstruído pelo dente adjacente, ou por não romper o tecido mole (Peterson et al., 2000).

Os 3Ms ausentes, clinica e radiograficamente, chamamos de anodontia. É o dente mais comum em ausência congênita, incidência de 10% de anodontia de um deles e 4% de anodontia dos quatro. McCoy (2012) e Celikoglu et al. (2010), encontraram em sua amostra agenesia de 3Ms em 17,3%.

Em nossa amostra, encontramos anodontia mais prevalente nos 3Ms superiores 2,59%, quando comparados aos inferiores 1,72%, de um dos quatro 3Ms. O dente mais comum em anodontia foi o 18, seguido do 38, 28 e 48.

6.1.a-Exodontia

Polat et al. (2008), Adeyemo et al. (2008) Chang et al. (2009), e Christensen et al. (2012) citaram que a exodontia de 3M é uma das cirurgias mais comuns no campo da cirurgia maxilofacial. Carvalho et al. (2013), lembraram que requer planejamento adequado, dicas no diagnóstico e acompanhamento durante a cirurgia e no PO.

A decisão de extrair ou não o 3M é provavelmente a decisão mais enfrentada pelos cirurgiões bucomaxilofaciais (Knutsson et al., 1996; Polat et al., 2008; Negreiros et al., 2012) e esta deve ser individualizada (Adeyemo, 2006).

As indicações clássicas de exodontias de 3Ms são infecção, lesões cariosas não passíveis de restauração (Coulthard et al., 2014), cistos, tumores, destruição óssea na região (Polat et al., 2008), dor, progressão de Dp, pericoronarite (Chang et al., 2009), facilitação da manutenção de Dp, infecção crônica ou aguda, erupção ectópica, tamanho do dente, alterações patológicas (Haug et al., 2009; Rafetto, 2012), episódios recorrentes de pericoronarite, reabsorções, perda óssea na região, cáries e Dp no 2M (Christensen et al., 2012).

A maioria dos 3Ms são extraídos por causa das patologias associadas (Moss et al., 2009). No estudo de Knutsson et al. (1996) dentre as alterações patológicas encontradas, a pericoronarite foi a maior ocorrência 64%, as cáries a segunda com 31%, a periodontite com 8% e 5% de cáries no 2M; No estudo de Renton et al. (2012), as cáries somadas a Dp foram 40% das indicações de exodontias.

Em nosso estudo, o motivo que levou os pacientes a procurar o serviço para avaliar os 3Ms foi em 33,54% dos casos motivados pela dor, 21,95% por motivos ortodônticos, 23,28 % por presença de cárie, 15,79% por falta de espaço e 5,26% por outros motivos. Após a avaliação de toda amostra, 62,93% apresentavam cáries ou Dp, mostrando que alguns casos com cáries ou Dp são assintomáticos.

Historicamente, muitos estudos excluía os 3Ms das amostras por não estarem presentes no momento da coleta, estarem inclusos ou já terem sido extraídos (Kaveri; Prakash, 2012; Divaris et al., 2012). A maioria dos 3Ms são extraídos, nos Estados Unidos, antes dos 25 anos de idade, por isto, as pesquisas de 3Ms visíveis na boca ficam com poucos dados (Garaas et al., 2011; White et al., 2011).

A idade indicadas mais prudente, de fazer a exodontia é antes dos 25 anos, ou ainda antes que o desenvolvimento radicular se complete (Rafetto, 2012; Celikoglu et al., 2010).

Pogrel (2012), considerando o aumento da dificuldade técnica para exodontia, após o desenvolver das raízes, os ligamento periodontais se tornam mais espessos com a idade, a anquilose pode aparecer, a mandíbula se torna mais esclerótica com a idade e a hipercementose pode ocorrer.

Após 25 anos a exodontia de 3M tem maior risco de complicações (Rafetto, 2012; Celikoglu et al., 2010; Renton et al., 2012; Pogrel, 2012). Polat et al., (2008), confirmaram isto, afirmando que as exodontias na adolescência reduzem os riscos de complicações quando comparado a pacientes com mais idade.

Segundo Knutsson et al. (1996), esta decisão deverá ocorrer no meio da terceira década de vida. Após a terceira década de vida os índices de complicações PO aumentam (White et al., 2011). A exodontia em pacientes geriátricos pode ser associada a um aumento do risco de complicações e maior dificuldade de recuperação PO (Jung; Cho, 2013). Knutsson et al., (1996) sugeriram que apenas os 3Ms que iniciaram o processo eruptivo sejam extraídos e que pacientes acima de 50 anos não extraiam os 3Ms.

A presença de 3Ms erupcionados aumentou também, assim como cáries e Dp (Renton et al., 2012; Pogrel, 2012). Jung e Cho (2013), encontraram metade dos 3Ms mantidos na boca antes dos 30 anos, e isto diminui com o passar da idade.

É um consenso geral que dentes com sintomas estão indicados a serem removidos. Dados que detectam quais são os fatores de risco para patologias em região de 3Ms são úteis para pacientes e dentistas, com finalidade da manutenção da saúde bucal. Determinar qual risco aumenta com o passar do tempo ajuda na tomada de decisão das exodontias de 3Ms (Moss et al., 2007a). Riscos e benefícios de manter o 3M devem ser pesados (Coulthard et al., 2014), assim como a vontade do paciente (Knutson et al. 1996; Adeyemo et al., 2008; Negreiros et al., 2012; Dodson, 2012). A exodontia de 3Ms só pode ser justificada quando a indicação certamente trará benefício ao paciente, como o alívio da dor (Polat et al., 2008).

Se optarem por manter o 3M, será necessário um acompanhamento rigoroso para verificar a ocorrência de patologias (Blakey et al., 2006; Ahmad et al., 2008; Marciani, 2012; Garaas et al., 2012).

Silvestri e Singh (2003), Haug et al. (2009) e Kaveri e Prakash (2012) afirmaram que os 3Ms são dentes sem função essencial, McCoy (2012), citam que 95% dos americanos de 18 anos de idade tem 3M que não tem função na mastigação. Por outro lado, 3Ms tem valor clínico em alguns casos, pessoas tem benefícios em restaurar 3Ms, quando estes servem de apoio para próteses fixas, ou removíveis (Mikic et al., 2013).

6.1.b-Exodontia assintomáticos ou profilática

Pacientes assintomáticos devem ser cuidadosamente avaliados Baelum et al., (2012), pois a ausência de sintomas não determina a ausência de doenças ou patologias (Marciani, 2007; Haug et al., 2009; Garaas et al., 2012; Rafetto, 2012; McCoy, 2012). Frequentemente doenças crônicas como cáries e Dp não produzem sintomas, o termo assintomático não quer dizer livre de doença (Garaas et al., 2011; White et al., 2011).

Em nossa pesquisa, avaliamos a presença de sintomas manifestados pelos pacientes no momento da procura do serviço, esta foi quase equivalente, 50,86% não apresentaram queixas sintomáticas e 49,14% apresentaram queixa de dor. Predominando 51,72% discretamente sintomas do lado direito e 46,55% do lado esquerdo. Em nossa amostra, a idade variou de 15 a 40 anos. Foram mais prevalente os quatro 3Ms mantidos na boca no gênero feminino 54,31%, enquanto encontramos 45,69% do gênero masculino.

A exodontia de 3Ms livres de patologia é comum, porém não é unanime (Oderinu et al., 2012). Cirurgiões maxilofaciais fazem exodontias de 3Ms rotineiramente, extrair 3Ms assintomáticos é controverso (Marciani, 2007; Chang et al., 2009). A dúvida ocorre quando se trata de dente assintomático, que teoricamente, não trará nenhum benefício ao paciente (Knutsson et al., 1996). Há uma controvérsia entre remover dentes saudáveis, alguns autores indicam a exodontia apenas onde houver doença (McArdle et al., 2014). Para os pacientes que tem 3Ms assintomáticos é relevante saber as vantagens de manter estes dentes e o risco de serem acometidos por cáries durante a vida (Fisher et al., 2010). A tomada de decisão da exodontia deve considerar as patologias associadas (Rafetto, 2012).

A indicação de exodontia profilática deve ser baseada pesando risco benefício, a exodontia preventiva pode ser considerada como uma modalidade promotora de saúde oral a longo prazo (Jung; Cho, 2013), como prevenir cáries e Dp (Rafetto, 2012).

A exodontia de 3Ms assintomáticos chamou a atenção pública, manter o dente pode significar a ocorrência de patologias futuras (Celikoglu et al., 2010; Rafetto, 2012), porém, um controle rígido, pode poupar o paciente de passar por cirurgia. Pacientes podem ter dor pós-operatória, faltar em suas atividades diárias por conta de complicações PO desnecessariamente (Marciani, 2007).

O maior problema de adolescentes é extrair ou não estes dentes, principalmente os assintomáticos. Eles podem causar cáries, Dp, absorção radicular, etc.

Pacientes mais velhos apresentam mais morbidade cirúrgica nas exodontias de 3M, e extrações tardias aumentam o risco de cáries (Chang et al., 2009), e Dp na região, assim como, complicações PO (Jung; Cho, 2013).

Pacientes assintomáticos podem também ter cáries no 3Ms, porém esta ocorrência pode ser limitada a quem já tem experiência de cárie em outros dentes (Marciani, 2007; Chang et al., 2009).

As cáries e Dp são motivo de indicação profilática de exodontias do 3M (Falci et al., 2012; McArdle et al., 2014; Jung; Cho, 2013).

O Cirurgião pode ficar numa posição de conflito de interesse no quesito financeiro (Rafetto, 2012). A exodontia profilática para 3Ms não erupcionados é um procedimento cirúrgico comum nos Estados Unidos, entretanto, poucas evidências científicas existem para justificá-la, tanto do ponto de vista de custo quanto na morbidade. Uma causa da indicação da exodontia profilática é que extrair dente livre de doença previne doenças futuras nos dentes adjacentes (Nunn et al., 2013). Os custos associados a não extrair o 3M assintomático e livre de doenças, excederam os custos de extraí-los profilaticamente (Koumaras, 2012).

Aos 18 anos, 60% de 3Ms irão desenvolver algum tipo de patologia, incluindo cáries, Dp, ou pericoronarite. Pacientes com 3Ms assintomáticos na boca apresentam, 25% a bolsa maior que 5 mm na região mesial do 3M inferior, podem manifestar uma doença periodontal ativa (McCoy, 2012).

A maioria dos pacientes assintomáticos 60% preferiu a exodontia do que manter os dentes, diminuindo assim, os 3Ms na boca com a evolução da idade (Jung; Cho, 2013).

78% dos pacientes a procuram exodontia para evitar futuros problemas. Pacientes não querem correr o risco de ter dor. A decisão deve ser tomada em conjunto pesando cada um individualmente (Tang et al., 2014). A decisão de exodontia é multifatorial e envolve varias considerações, alterações patológicas (McCoy, 2012). Porém alguns autores se posicionam de maneira diferente, Adeyemo, (2006), citou que indicar exodontia profilática na ausência de qualquer uma destas alterações e injustificável, pois, a exodontia pode ter associações a complicações cirúrgicas e outras desordens. Existe um impacto adverso na QV com as exodontias dos 3Ms.

Em 2000, foi publicado o guia clínico, feito pelo Nacional Institute of Clinical Excellence (NICE), onde foi preconizado evitar as exodontias de 3Ms profilaticamente, fazê-las somente quando existir indicação clinica (Renton et al., 2012).

A permanência do 3M na meia idade aumenta o risco de patologia ligadas a região, mas talvez o benefício sugerido seja pequeno a ponto de indicar a exodontia profilática destes dentes (Friedman, 2014).

A justificativa para exodontia profilática em 3Ms assintomáticos tem sido adotada como medida preventiva. Porém, hoje em dia, mostra-se com pouco suporte científico para indicá-la (Polat et al., 2008). A decisão de manter um dente assintomático deve acompanhar a tomada de consciência de acompanhamento a longo prazo (White et al., 2011), se for optado por mantê-lo na boca, deve-se controlar e instalar medidas preventivas, monitorizá-lo cuidadosamente, (Shugars et al., 2004; Shugars et al., 2005; Blakey et al., 2006; Marciani, 2007; Ahmad et al., 2008; Marciani, 2012; Garaas et al., 2012), avaliando clínica e radiograficamente, instruindo como higienizá-lo (Allen et al., 2009).

6.1.c- Cáries

Poucos estudos epidemiológicos relatam a prevalência de cáries e a experiência de restaurar 3Ms (Shugars et al., 2004; Ministério da Saúde, 2010). Achados sobre cáries em 3Ms são escassos (Allen et al., 2009; Divaris et al., 2012; McCoy, 2012; Fisher et al., 2012). Frequentemente, estes dentes são excluídos das amostras, por estarem ausentes (inclusos, anodontia, ou extraídos) estarem mal posicionados ou semierupcionados. (Divaris et al., 2012).

As fissuras oclusais profundas dos 3Ms são susceptíveis ao acúmulo do biofilme, a posição do 3M na arcada e a anatomia da superfície oclusal levam ao acúmulo de alimento e bactérias na superfície oclusal dos 3Ms (Shugars et al., 2005). A localização anatômica dos 3Ms torna difícil de restaurar estes dentes, (Allen et al., 2009; Divaris et al., 2012; McCoy, 2012), e também tornam os dentes mais suscetíveis ao acúmulo de placa. (Shugars et al., 2004). Existe uma dificuldade em tratar cáries em 3Ms devido a localização anatômica destes dentes. Como consequência, a exodontia é indicada em 3Ms acometidos por cáries (Fisher et al., 2010; Divaris et al., 2012). Clínicos relatam que a presença de cáries é o maior fator para indicar exodontia de 3M em jovens com boa saúde oral (Shugars et al., 2005).

Em nosso estudo, a incidência de 3Ms obturados foi baixa, comprovando que há dificuldade técnica para restaurar estes dentes pela localização anatômica. Nos 3Ms superiores a incidência foi 3,45% e nos inferiores 3,88 %. Os mais restaurados foram 48 e 28.

Cárie é uma doença infecciosa que afeta individualmente e a decisão de tratar depende da experiência de cárie de cada indivíduo (Shugars et al., 2004; Shugars et al., 2005; Ahmad et al., 2008; Fisher et al., 2010). São processos infecciosos irreversíveis, que causam desmineralização dos elementos calcificados do dente, incluindo esmalte, dentina e cemento (McCoy, 2012). Mesmo hoje em dia, a cárie é a doença bacteriana mais comum (Shugars et al., 2005).

A cárie requer a presença de uma bactéria colonizadora específica, formadora de ácido no biofilme aderida a superfície do dente (Shugars et al., 2005; Moss et al., 2007a). O ácido fica nas fissuras e fôssulas dos dentes e produz desmineralização do dente levando a cárie. A saliva age como reguladora deste processo. Dependendo da quantidade de saliva produzida, a remineralização e desmineralização ficarão equilibradas. Quando a produção salivar está diminuída as cáries aumentam (McCoy, 2012). Se o mecanismo autoimune permitir, elas irão se espalhar pela saliva e causar lesões nos dentes adjacentes (Shugars et al., 2004; Moss et al., 2007a). Todos os dentes expostos ao mesmo grau de ambiente cariogênico (Divaris et al., 2012).

Alguns fatores vão influenciar nesta ocorrência, como grau de escolaridade, nível de higienização, frequência de escovação, abastecimento de água, frequência de visitas ao dentista (McCoy, 2012). A higiene oral favorável e as condições socioeconômica melhores foram associadas a diminuição do risco de cárie. Uso de fio dental e frequência de higiene maior diminuem os índices de cáries em 3M (Divaris et al., 2012). Em nossa amostra, a maioria das pessoas tinham feito a última visita ao dentista entre 7 a 30 dias, 20% 7 dias e 15% 30 dias. O que mostra a preocupação de 35% da amostra com saúde bucal.

Saber sobre os fatores etiológicos, fatores biológicos, fatores imunológicos, tipo de saliva, tipo de dente e frequência e forma de higiene, podem ser úteis na determinação da incidência de cáries (Divaris et al., 2012).

A exposição aos fatores de risco para a cárie como a escovação diária consumo de açúcar, exposição a algum método de flúor, classifica o indivíduo em três níveis de risco, alto, moderado e baixo. A clássica relação entre dieta e cárie foi revista nos últimos anos e ao invés de ser considerada como causa primária, é entendida como um fator modificador (Junqueira, 2007).

Aos 20 anos de idade mais da metade dos 3Ms superiores estão erupcionados e um quarto dos inferiores também e todos estes ficam suscetíveis à cáries (Shugars et al., 2004). Os adultos de todas as idades continuam vulneráveis à cáries. Quanto mais tempo os dentes permanecem na boca ficam mais vulneráveis à cárie (Divaris et al., 2012). 3Ms erupcionam

em momento mais tardio com relação aos outros dentes 7 a 10 anos mais tarde, e outro momento em relação ao ambiente cariogênico (Divaris et al., 2012).

Divaris et al. (2012), relataram que as cáries em 3M não tiveram diferença entre sexo e nem idade, porém quanto mais velhos os pacientes menores os índices de cáries. Relação inversamente proporcional entre cárie e idade foi detectada. Pacientes jovens fumantes com má higiene e menor condição socioeconômica tem maior incidência de cáries (Divaris et al., 2012). Fisher et al. (2010), acrescentaram que pacientes da raça negra tem menos cáries em 3Ms do que pacientes da raça branca, e relataram que idade e gênero não tiveram associação com a ocorrência de cárie em 3M. Marciani (2012), citou que com o avanço da idade aumenta a incidência de cáries em 3M. Contradizendo, Jung e Cho, (2013), relataram que as cáries em 3Ms aumentam a incidência com o aumento da idade. Pacientes com 30 anos extraem 3Ms com cáries com mais frequência do que pacientes com 16 anos (Jung;Cho, 2013). Pacientes com mais de 25 anos de idade apresentaram mais cáries em 3Ms do que pacientes mais jovens 39% versus 11 % (Shugars et al., 2004). Encontrou 33% de cáries oclusais em um ou mais 3Ms. 80% dos 3M acabam cariando ao longo dos anos. 2/3 de pacientes de meia idade tem cáries em 3Ms, alguns grupos são afetados desproporcionalmente (Divaris et al., 2012). Cerca de 22 a 33% de adultos jovens tem o 3M erupcionado no plano oclusal e será afetado por cárie. E os indivíduos acima de 25 anos serão mais afetados ainda. Isto porque os 3Ms erupcionam mais tarde que os outros dentes. Até erupcionarem totalmente, vão acabar desenvolvendo as cáries mais tardiamente (McCoy, 2012). Shugars et al. (2005), afirmaram que 40% de pacientes com 25 anos podem esperar ter cáries em 3M na terceira década de vida. Em nossa amostra, comprovamos existir relação de cárie com idade, os pacientes mais velhos tiveram 4% a mais de cáries, a média etária de nossa amostra foi de 25,25 anos.

A presença de cáries nos 3Ms pode estar associada á presença de cáries nos outros dentes (Shugars et al., 2005; Moss et al., 2007b; McCoy, 2012), e o conhecimento desta situação pode levar a identificar grupos de risco para cáries em 3Ms (Ahmad et al.,2008). Saber sobre os fatores etiológicos, fatores biológicos, fatores imunológicos, tipo de saliva, tipo de dente e frequência e forma de higiene, podem ser uteis na determinação da incidência de cáries em 3Ms. Divaris et al. (2012). A associação entre experiência de cáries e 3Ms assintomáticos cariados existe, um terço do estudo de Shugars et al. (2005) tinham cáries nos 3Ms, e destes todos tinham cáries em 1 ou 2M. A ocorrência de cáries em 3M foi menor do que em 1Ms e 2Ms, raramente um paciente terá cárie no 3M sem ter tido cáries nos outros dentes. Encontrou apenas 16% de 3M sem cáries e nem Dp (White et al., 2011).

Shugars et al. (2005), encontraram 28% de ocorrência de cáries em 3M e 72% em outros molares. 95% de pacientes com cáries nos 3Ms apresentavam cáries nos outros molares. 36% de pacientes com cáries nos outros dentes têm o 3M afetado (Shugars et al., 2004). Shugars et al. (2005), compararam a incidência de cárie em 3Ms com cáries nos outros molares. 74% tinham experiência de cárie nos 1 e 2M. Estes pacientes com experiência de cárie apresentam 1,5 vezes mais chance de ter cáries no 3M). Apenas 8% tiveram cáries nos 3M, sem cáries em outros dentes. O risco de cáries podem aumentar ao longo do tempo (Moss et al., 2007a). Encontrou-se 20% cáries em 3Ms. A incidência de cáries em 3M foi menor que as cáries em 1M e 2M (Fisher et al., 2010; Divaris et al., 2012; Mikic et al., 2013).

SB Brasil 2010, avaliou adolescentes de 15 a 19 anos. O 3M que foi mais acometido por cárie foi o 48 (83/ 1329), seguido do 38 (74/ 1314). Os 3Ms inferiores foram mais acometidos que os superiores 18 (55/990) e 28 (58/1020). Somando aos restaurados, 48 (124), 38 (120), 18 (76) e 28 (79). A maioria dos 3M estavam hígidos. Os 3Ms inferiores foram mais restaurados que os superiores. Houve uma prevalência de cáries em 3Ms no sexo feminino (54,14%). 3Ms inferiores foram mais afetados que os 3Ms superiores (Shugars et al., 2004; Marciani, 2007; Haug et al., 2009). Concordando, em nossos resultados, encontramos, que os 3Ms mais acometidos por cáries foram os 48, 38 seguidos dos 18 e 28. Dentes inferiores (31,9%) apresentaram mais dentes acometidos por cáries do que os superiores (27,59%). As cáries foram mais detectadas através do exame clínico quando comparado ao exame radiográfico.

Nossos resultados foram, nos 3Ms superiores, quanto presença de cárie, a maioria esteve hígido 54,74%, sendo 2,59% ausentes por anodontia e 15,09% inclusos. A presença de cárie foi detectada clínica ou radiograficamente em 24,14% dentes, 3,45% estavam obturados, sendo 27,59%. Nos 3Ms inferiores, quanto presença de cárie, a maioria esteve hígido 58,62%, sendo 1,72% ausentes por anodontia e 7,76% inclusos. A presença de cárie foi detectada clínica ou radiograficamente em 28,02% pacientes. 3,88% dentes estavam obturados, sendo 31,9% acometidos por cárie, a média etária de nossa amostra foi de 25,25 anos. Quando relacionamos com o motivo que levou os pacientes a procurar o nosso serviço para avaliar os 3Ms, encontramos 23,28 % por presença de cárie, comprovando que apenas uma parte dos pacientes com cárie tinham consciência da doença.

6.1.d- Doença Periodontal (Dp)

Há 50 anos atrás foi sugerido existir a associação de Dp em 3M e outros molares, no entanto, a população de estudo é muito limitada, pois os dados de 3M frequentemente são excluídos das análises clínicas (Blakey et al., 2010; Fisher et al., 2012). A Dp esteve mais presente no 3M associado a Dp no 1M e 2 M. Os 3Ms visíveis foram associados a chance maior de 1,5 vezes de detectar Dp na região, quando Dp estiveram presentes no 2M. Os 3Ms inclusos também foram associados a Dp no 2M (Moss et al., 2009). Rafetto (2012), citou que a Dp começa no momento do início da erupção do 3M e que a Dp na região do 3M pode levar a ter Dp em outros dentes. White e Proffit (2011), comprovaram esta associação de Dp em 3M e outros dentes. A Dp foi mais prevalente em 3M do que nos outros molares Dp no 3M foi 1,5 vezes mais presente do que nos outros molares (Fisher et al. 2012).

A segunda causa mais frequente de exodontia é a Dp, presente em 25% dos pacientes maiores que 25 anos (Bradshaw et al., 2012). Existem muitos conflitos ligados a exodontia do 3M e o estado do periodonto da região (Discus-Brookes et al., 2013).

Por causa da arquitetura óssea e o tecido mole ser pobre na região de 3M os problemas periodontais são difíceis de tratar (Blakey et al., 2006). A localização anatômica do 3M leva a um aumento da colonização de patógenos, aumentando a chance de ter Dp (Moss et al., 2009). A combinação da erupção parcial nos pacientes mais velhos e a localização anatômica dos 3Ms facilita o acúmulo do biofilme colonizado por patógenos anaeróbios na região (Blakey et al., 2010). Os achados clínicos e perdas periodontais combinados com colonização de patógenos suportam o conceito que mudanças clínicas e microbiológicas estão associadas ao início da Dp e estão presentes inicialmente na região do 3M de adultos jovens (Marciani, 2012). As bactérias em volta do 3M são difíceis de serem erradicadas devido á anatomia do local a cortical ser densa na região, e os patógenos desta região estavam livres para colonizar outras regiões vizinhas (Fisher et al., 2012).

A presença de bolsa maior que 4 mm resulta da interação de patógenos do periodonto com o sistema imunológico na interface do biofilme gengival. Uma vez que o dente foi exposto ao meio bucal, a colonização da flora nas superfícies ocorre. Os patógenos colonizam a superfície e células imunológicas migram e ocorre um aumento da vascularização local. A resposta a presença de bactérias no biofilme reflete na produção de mediadores do fluido gengival inflamatório originário das células do sistema imune (Moss et al., 2009).

Rafetto e Synan (2012), quando o 3M, se torna visível existe o risco de piora da Dp, comprovaram existir associação de 3M visível e aumento da profundidade da bolsa.

A colonização de certas bactérias anaeróbicas é aceito como fator etiológico e de risco para Dp (Moss et al., 2007b). A colonização de patógenos anaeróbicos subgengivais no biofilme acontece quando o dente é exposto na boca. O aumento do potencial das condições anaeróbicas, a colonização e a resposta imune resultam num processo inflamatório crônico e destruição de tecido mole ao longo do tempo (Fisher et al., 2012).

A doença periodontal é uma condição localizada específica é bem conhecida que afeta um ou mais tecidos periodontais, incluindo osso alveolar, ligamento periodontal, cemento e/ou gengiva. Para a doença progredir, deve iniciar pela gengivite. Clinicamente ocorrem estágios, baseados no tipo de mediador inflamatório que estiver presente. A principal bactéria responsável pela doença periodontal é a anaeróbica, que tem mais de 250 espécies. As mais comumente encontradas são o complexo bacterioide Forsytus, Pophiromonas Gengivalis e Treponema Denticola. Aparentemente o quão mais profundo estiverem presente estas bactérias mais chance de progressão da Dp. A Dp não é um estado único de doença, mas sim uma combinação de múltiplos processos patológicos, que compartilham as manifestações clínicas. Existe uma dificuldade em manter o 3M higienizado após sua erupção e alguns patógenos ficam acumulados nesta região. Por causa da virulência quando eles acontecem nesta área, e se autoperpetuam. O aumento da profundidade das bolsa periodontais determina o início e ou a progressão da Dp e a perda do osso alveolar e dente (McCoy, 2012). A Dp é um resultado da interação entre a resposta imune do hospedeiro e os patógenos alojados no biofilme. Pacientes com pericoronarite tem um aumento dos patógenos anaeróbicos na região subgengival. Uma diminuição da colonização da região subgengival na região de 3M levará a diminuição da colonização de dentes mais anteriores. Um atraso na indicação da exodontia dos 3Ms com sintomas e pericoronarite pode levar a um efeito negativo do potencial de cura. Independente se o 3M apresenta sintomas ou não a exodontia trará um benefício na saúde periodontal da região (Dicus-Brookes et al., 2013). 3Ms são frequentemente associados á Dp e a maioria destes pacientes não tem sintomas (Marciani , 2007).

O estudo de (Blakey et al., 2006), relatou uma grande prevalência na profundidade de bolsas nesta região de 3M. Foi verificado a progressão da Dp na região do 2M e 3M em 3Ms assintomáticos. A Dp aumenta na região do 3M para dentes assintomáticos ao longo do tempo, causando deteriorização da condição periodontal.

Esta tendência de aparecer doenças com a idade, levou a menos de 2% dos 3Ms ficarem livres de doenças (Marciani, 2012). Moss et al. (2009), encontraram que pacientes

mais velhos tem maior risco de Dp em região de 3M, Blakey et al. (2010), também afirmou. Em nossa amostra idem, pacientes mais velhos apresentaram mais Dp, estatisticamente significativa. Pacientes mais jovens tem maior potencial de curar Dp na região de 3Ms (McCoy, 2012), com a exodontia do 3M. (Blakey et al., 2006).

Friedman (2014), o risco de piora na Dp, profundidade da bolsa e cáries distais no 2Ms é bem conhecido na presença de 3Ms que são mantidos. O maior risco está relacionado com 3Ms retidos cobertos por tecido mole, que tem incidência de 3%. Nem toda bolsa de 4mm está ligada a doença periodontal, existem pseudobolsas sem perda de inserção de ligamento periodontal (Friedman, 2014).

White et al. (2011), disseram que a piora da Dp acontece por aumento de patógenos gengivais e mediadores inflamatórios no fluido gengival, que pode levar a alteração sistêmica pela presença de inflamação crônica. Blakey et al. (2006), inflamação crônica associada á Dp aumenta o risco de doença cardiovascular. O nível da doença crônica aumenta a cada ano, o que estimula a resposta inflamatória sistêmica e um resultado ruim para saúde geral (Blakey et al., 2006). Estudos recentes apresentaram relação entre a presença de Dp e a saúde sistêmica, incluindo doenças como cardiovasculares, diabetes e doença respiratória (McCoy, 2012). A relação entre a Dp e a proteína c reativa pode também estar associada a insuficiência renal. Nos casos de pacientes cardiopatas e transplantados deve-se sempre remover os 3Ms para prevenir Dp (Marciani, 2007).

Neste estudo, encontraram 59% de 3Ms com bolsa maior que 4mm. (Blakey et al., 2006). Blakey et al. (2009) encontraram 25% de 3M assintomático afetado por Dp. e 52% de 3M erupcionado com Dp. Com a exodontia do 3M, a ocorrência de Dp na região mudou de 77% para 23%.

Em nossa amostra encontramos, dente 18- com bolsa (8 a 16%) e dente 28- com bolsa (4 a 15%), predominando o ponto disto vestibular. No dente 38- com bolsa (3 a 18%), e no dente 48- com bolsa (3 a 15%). E o ponto mais comum de bolsa em 3Ms foi o mesiovestibular nos inferiores

Clinicamente o dente que mais apresentou bolsa MV foi o 38, seguido do 48 14 a 15% e no ponto DV a incidência foi muito baixa predominando no 28 14 a 15%. Radiograficamente, a maior incidência de Dp foi no dente 38 no ponto mesiovestibular e no distovestibular foi bem mais baixa, por volta de 3%.

Dp foi mais presente em 3M superior quando comparados aos 3Ms inferiores (Moss et al., 2007b; Haug et al., 2009). Contrariando, Dicus-Brookes et al. (2013), encontraram a Dp mais presente na mandíbula do que na maxila. Ahmad et al. (2008), confirmaram que a Dp

também foi mais encontrada no dentes inferiores. Assim como em nosso estudo, a incidência de Dp foi maior nos dentes inferiores (18,53%) quando comparados aos superiores (5,6%). Blakey et al. (2009) relataram que a Dp é maior no 3M inferior 52%, quando comparada ao 3M superior 18%.

Outro ponto sem consenso, foi o gênero, Blakey et al. (2006), afirmaram que homens apresentaram mais Dp em 3Ms do que mulheres. Já (Moss et al., 2009), que a Dp em 3Ms foi mais prevalente em mulheres. Em nossa amostra, gênero feminino tivemos mais incidência de Dp quando comparado ao masculino, porém sem relação estabelecida.

6.1.e-Cáries e Dp em 3Ms

As doenças crônicas de cárie e Dp inflamatória afetam a grande maioria da população (Divaris et al., 2012).

O aumento da profundidade de bolsas periodontais acontece mais na região dos 3Ms após 25 anos de idade (Shugars et al., 2004). Dp em 3Ms são mais prevalentes em pacientes mais velhos (Moss et al., 2007a; Blakey et al., 2009; Haug et al., 2009). As cáries em 3Ms ocorrem mais em pacientes mais velhos (Shugars et al., 2004; Haug et al., 2009). As cáries e a Dp aumentam ao longo do tempo (Fisher et al., 2012). Os 3Ms que erupcionam tardiamente apresentam Dp mais prevalente que cáries oclusais (Ahmad et al., 2008).

Existe diferença na bactéria da flora bucal, que altera o risco de cárie e Dp individualmente, mas dificilmente altera os dois juntos (Moss et al., 2007a). O biofilme microbiano determina o risco para cáries e Dp. O tratamento efetivo para Dp reduz o números de patógenos e altera a flora bucal, e as bactérias associadas á cáries parecem aumentar, tornando pacientes afetados por cáries mais difíceis de controlar do que aqueles afetados por Dp (Moss et al., 2007b). O Biofilme de bactérias etiológicas da cárie e Dp é mais difícil de ser removido na região de 3M e pode afetar algum outro dente do mesmo quadrante. Ahmad et al. (2008) relataram que bolsas periodontais em região de 3Ms foram mais profundas quando comparadas a bolsas de outros molares. Haug et al. (2009), também citaram que a prevalência da cárie se comporta diferente.

A ocorrência de cáries varia entre 3Ms superiores e inferiores, Marciani (2007), afirmaram que os 3Ms inferiores são mais suscetíveis á cáries do que superiores. Ahmad et al. (2008), Polat et al. (2008) e Haug et al. (2009), também encontraram esta prevalência de caries nos 3Ms inferiores, e a Dp também foi mais encontrada no dentes inferiores,

igualmente ao estudo de, Garaas et al. (2012). Diferindo, Haug et al. (2009) relataram que a Dp afetou mais maxila do que mandíbula. Em nosso estudo, não conseguimos estabelecer esta relação. As cáries e a Dp foram mais prevalentes nos 3Ms inferiores 29,74% e, 12,06%.

A presença de cárie nos 3Ms está associada a cáries nos outros dentes (Moss et al., 2007 a; Ahmad et al., 2008), raramente um paciente terá cárie no 3M sem ter tido cáries nos outros dentes (White;Proffit, 2011; Haug et al.,2009). Fisher et al. (2012), encontrou-se apenas 1% de cáries em 3M quando inexistia cáries nos outros molares. Ahmad et al. (2008), White e Proffit (2011), e Garaas et al. (2012) completaram que e as cáries em 2M e 1M são mais prevalentes do que em 3Ms. Fisher et al. (2012), também encontraram uma incidência de cáries em 3Ms menor que em 1M e 2Ms, e quanto a incidência de Dp, foi maior em 3Ms do que em 1M e 2Ms. Garaas et al. (2012), resumiram, dizendo que a Dp foi mais frequente em 3M do que 2M e 1M e cáries foram mais frequentes em 2M e 1M do que em 3Ms.

Alguns estudos apresentaram seus resultados de incidência de cárie e Dp nos 3Ms, Polat et al. (2008) encontraram 5,3% de cáries, e 8,9% de Dp; Ahmad et al., (2008), 27% de cáries e 61% de Dp. Polat et al., (2008) afirmaram que 26,5% dos 3Ms foi afetado por alguma patologia. White e Proffit (2011), apenas 16% de 3M sem cáries e nem Dp. Fisher et al.,(2012) também encontrou 50% de cáries em 3M, 56% de Dp em 3M. Assim como, Ahmad et al. (2008), Marciani (2012), Fisher et al. (2012), concluíram que a Dp esteve mais prevalente que cáries em 3M numa proporção de 2 para 1. Garaas et al. (2011), concluíram dizendo haver alta incidência de alterações patológicas em 3Ms, 68% ou dois terços dos pacientes apresentaram cáries ou Dp nos 3Ms, menos de 2% tinham 3Ms livres de cáries ou Dp. Dp foi mais prevalente que cáries em 3Ms 89% versus 68% (Garaas et al., 2011).

Em nosso estudo, pudemos comprovar que pacientes que possuem mais cáries em 3Ms tem menos Dp. Apesar da literatura ser unanime sobre Dp ser mais prevalente do que cáries em 3M, em nosso estudo encontramos a cárie mais prevalente do que a Dp em 3Ms inferiores, cárie 29,74%, Dp 12,06%.

Agrupando pacientes com cárie e pacientes com Dp, pacientes com alterações patológicas, encontramos nos 3Ms superiores, 49 pacientes com alterações patológicas e 67 sem alterações. Nos 3Ms superiores tivemos prevalência de dentes sem alterações patológicas 57,76% contra 42,24%. Nos 3Ms inferiores encontramos, 61 pacientes com alteração patológica e 55 sem alteração, prevalecendo os 3Ms inferiores com alteração patológica, 52,59% contra 47,41%.

No geral, quando agrupamos todos os 3Ms, os pacientes de nossa amostra 62,93% apresentavam cárie ou doença periodontal em 3Ms, contra 37,07% sem alterações

patológicas. Comprovando que a existência de cáries e Dp nem sempre esta associada a sintomas, pois em nossa amostra, no momento da procura do serviço, 33,54% motivados pela dor, e num outro questionamento, 49,14% relataram apresentar sintomas em região de 3Ms, em contraste com 62,93% de pacientes com alterações patológicas detectados após o exame oral.

Devemos lembrar que a provável Dp ou a cárie em 3M sugerem que a retenção de um 3M na boca seja monitorada regularmente (Blakey et al., 2006; Ahmad et al., 2008; Marciani, 2012; Garaas et al., 2012). A retenção do 3M esta associada a um aumento do risco de patologia em adultos de meia idade do sexo masculino, risco de Dp fica duas vezes maior, e para cáries não foi encontrada diferença na incidência (Nunn et al., 2013). Em nossa amostra, com relação a gênero, feminino com mais alterações patológicas, porém não houve relação. Com relação a idade, pudemos verificar que pacientes mais velhos tiveram mais alterações patológicas em 3Ms com significância.

Quase metade dos pacientes avaliados relataram ter ido ao dentista a menos de um ano (Fisher et al., 2012). Comparando com nosso estudo, na avaliação do tempo desde a última visita ao dentista, a maioria das pessoas tinham feito a última visita ao dentista entre 7 a 30 dias, 20% 7 dias e 15% 30 dias. A variação deste prazo foi grande. A média de tempo da ultima visita ao dentista foi de 239 dias.

6.1.f- Posição

Rafetto (2012), afirmou que a classificação de Pell e Gregory (1933) e de Winter (1926) são usadas em vários estudos (Rafetto, 2012).

Quando o assunto for estimar a probabilidade de ocorrência de patologias nos 3Ms a essa classificação deve ser levada em conta, além dos fatores predisponentes (Knutsson et al., 1996). A angulação e grau de impacção do 3M deve considerada na tomada de decisão de exodontias, e na consideração da possibilidade de indicação de exodontia profilática. Existiu associação entre patologias mais comuns de 3Ms e angulação e profundidade de impacção do dente (Polat et al., 2008).

No estudo de Knutsson et al. (1996), os 3Ms foram classificados segundo Winter, também quanto ao grau de impacção, totalmente erupcionado, parcialmente erupcionado, completamente inclusos. Através de radiografias panorâmicas e periapicais e exame clínico. Os 3Ms foram classificados em erupcionados, semierupcionados e inclusos, e estes

subclassificados em cobertos por osso ou tecidos moles. Inclusos foram considerados cobertos por tecidos mole ou osso (Nunn et al., 2013). A angulação do dente pode ser medida pela classificação de Winter (1926) e o grau de impacção pela classificação de Pell e Gregory (1933) (Al-Anqudi et al., 2014).

A posição dos 3M não é estática, por isto devem ser muito bem acompanhados. Estes dentes podem se movimentar durante a terceira década de vida, 26% dos 3Ms mudam de angulação e posição durante o desenvolvimento e o crescimento mandibular (Haug et al., 2009). Ahmad et al. (2008), citaram que dentes semi erupcionados podem mudar de posição, e causar uma pseudobolsa. contradizendo, Phillips e White, (2012) verificaram o quanto pode ser previsível a posição do 3M, declararam que poucos dados existem sobre mudanças de posição ao longo do tempo, e afirmaram que mudança de posição ou angulação são raras.

Quanto maior a angulação do 3M, maior a retenção alimentar e consequentemente maior a dificuldade de higienizar (Falci et al., 2012). Existe uma variação na literatura sobre qual posição é mais favorável a cáries ou Dp, Knutsson et al. (1996) concluíram que as patologias em região de 3Ms estão presente de 22 a 34 vezes mais em 3Ms parcialmente cobertos por tecido mole, semierupcionados, quando comparados a dentes totalmente cobertos, inclusos. Nunn et al. (2013), concordaram, afirmando que a presença do 3M que estiver recoberto por tecido mole aumentava o risco de patologias. No estudo de Jung e Cho (2013), dentes mesioangulados e semierupcionados são os dentes com maiores incidência de cáries ou Dp. Já no estudo de Al Anqudi et al., (2014), os dentes em posição horizontal são os que mais estiveram associados a alterações patológicas. Knutsson et al. (1996), dentes disto angulados causariam 5 a 12 vezes mais patologias do que nas outras posições. Celikoglu et al. (2010), a posição que costuma acarretar em mais danos é a horizontal. 10% destes estavam associados a patologias.

Podemos citar a incidência das posições em alguns estudos, Celikoglu et al. (2010), a posição mais comumente encontrada foi a mesioangulada 77%. Em outra amostra encontrou-se dentes quanto a classificação de Pell e Gregory classe I 35%, classe II 50 % e classe II 15%. Posição A 73,17%, posição B 26,83%, distoangulados 5,3%, verticais 60,2%, mesioangulados 17,5%, e horizontais 17,1%. (Falci et al., 2012). Quanto as posições na classificação de Winter, a vertical foi a mais encontrada em 76,5% (Carvalho et al., 2013). Al-Anqudi et al. (2014), 35% mesioangulado, 30% vertical, 33 % distoangulado e 1% horizontal Posição A 58%, Incidência de cáries no 3Ms inferiores, mesioangulados 58%, distoangulados 15%, verticais 21% e horizontais 3%. A posição mais comum para os 3Ms inferiores foi mesioangulado, e posição A (Al-Anqudi et al., 2014).

Na amostra da pesquisa de Negreiros (2010), os 3Ms estavam nas seguintes posições segundo a classificação de Winter, vertical 41,86%, horizontal 32,56%, mesioangulado 22,09%. Na classificação de Pell e Gregory, posição B 45,35%, posição A 36,05%, Classe I 30,23% e classe II 63,95% (Negreiros et al., 2012).

Em nossa amostra encontramos, Dente 18- a maioria erupcionado 68,97%, incluso 16,38%, semierupcionado 11,21%. Maioria posição A 72,41%, posição C 15,52% e posição B 8,82%. Maioria vertical 90,52%, mesioangulado 5,17 e distiangulado 0,86%. Dente 28- a maioria erupcionado 75,86%, incluso 15,52%, semierupcionado 6,9%. Maioria posição A 74,14%, posição C 17,24% e posição B 6,9%. Maioria vertical 93,10%, mesioangulado 2,59 e distiangulado 2,59%. não foi encontrado nenhum horizontal. Dente 38- a maioria semierupcionado 52,59%, erupcionado 35,34% e incluso 9,48%, Maioria posição A 76,72%, posição B 18,97% e posição C 1,72%. Maioria Classe I 50%, classe II 46,55%, classe III 0,86%. Maioria vertical 56,03%, mesioangulado 22,41%, horizontais 14,66% distiangulado 4,31%. Dente 48- a maioria semierupcionado 56,9%, erupcionado 36,21% e incluso 6,03%, Maioria posição A 81,03%, posição B 15,52% e posição C 2,59%. Maioria Classe I 59,48%, classe II 39,66%, classe III 0%. Maioria vertical 64,66%, mesioangulado 15,52%, horizontais 14,66% distoangulado 4,31%

Agrupando dentes superiores, a maioria encontravam-se erupcionados, seguidos de inclusos e depois semierupcionados. Maioria verticais, seguido de mesioangulados, e logo de distoangulados. Maioria posição A seguido de C e depois B.

Nos dentes inferiores, maioria encontravam-se semierupcionados, seguido de erupcionados e depois inclusos. Maioria posição A seguido de B e depois C, classe II foi a maioria seguido de classe I e classe III. Maioria verticais, seguido de mesioangulados, horizontais e distoangulados.

6.1.g- Posição e cáries

O desenvolvimento de cáries em 3Ms depende de posição do 3M e da anatomia da superfície oclusal (Mikic et al., 2013). Quanto maior a angulação do 3M, maior a retenção alimentar e consequentemente maior a dificuldade de higienizar (Falci et al., 2012).

Dentes semierupcionados são mais susceptíveis a cáries. As cáries nos 3Ms inferiores, estão relacionadas a angulação e impacção dos 3Ms (Ahmad et al., 2008).

Allen et al. (2009), afirmaram que as cáries associadas a 3Ms mesioangulados são comuns, principalmente se estiverem semierupcionados ou erupcionados. 23,6% de 3Ms inferiores estavam cariados, e a maioria associados a mesioangulação. 29% dos 3Ms mesioangulados tiveram cáries. Dos 3Ms cariados, 38% eram semierupcionados, 59% erupcionados e mesioangulados. Dentes parcialmente erupcionados e mesioangulados irão levar a cáries na distal do 2Ms em 15,7%. Se estiver abaixo do limite amelocementario o risco de cárie será maior (Oderinu et al., 2012). A presença do 3M inferior parcialmente erupcionado com angulação é um fator de risco para cáries na distal do 2M (Falci et al., 2012).

As cáries são mais presentes em pacientes de 30 anos, mesioangulação, posição A (Chang et al., 2009).

McArdle et al. (2014), sugeriram exodontia profilática de 3Ms inferiores mesioangulados para evitar o desenvolvimento de cáries distais nos 2Ms. A semi erupção e a posição mesioangulada são fatores predisponentes para cáries, assim como os horizontais.

Todos reforçam a ideia de que a angulação acaba levando a indicação profilática de exodontia para prevenir o desenvolvimento de cáries na região inferior (Falci et al., 2012). Dentes mesioangulados semi erupcionados ou erupcionados necessitam de atenção especial, e deverão ser extraídos profilaticamente (Allen et al., 2009).

Pacientes com 3Ms verticais erupcionados, com boa saúde e suporte periodontal e sem cáries nos outros molares tem baixo risco de ter cáries (Marciani, 2007).

Em nossa amostra, os 3Ms superiores semierupcionados apresentaram 28% mais cáries do que os erupcionados. Nos 3Ms inferiores, dentes erupcionados apresentaram duas vezes mais cáries do que os semierupcionados, com significância.

Quanto a classificação de Winter (1926): os 3Ms superiores, na posição distoangulada apresentaram mais cáries do que os verticais com diferença significativa. Nos 3Ms inferiores não houve relação comprovada estatisticamente, porém os 3Ms inferiores na posição distoangulada apresentaram menos cáries do que os mesioangulados. E os dentes na posição mesioangulada apresentaram 10% mais cáries que os verticais, e mais cáries do que os dentes horizontais. Comprovando que a angulação é um fator associado á cáries.

Na classificação de Pell e Gregory (1933), nos 3Ms superiores, a posição B apresentou 30% menos cáries que o A, e a posição C apresentou mais cáries que a posição A, com significância. Nos 3Ms inferiores, a posição B apresentou duas vezes mais cáries que a posicao A e a posicao C quatro vezes mais cáries que a A, com significância. Concordando

com Oderinu et al. (2012), que citaram se o 3M estiver abaixo do limite amelocementario o risco de cárie será maior.

6.1.h- Posição e Dp

A Dp em 3M foi três vezes maior em dentes erupcionados do que em 3M abaixo do plano oclusal (Ahmad et al., 2008). A erupção ao plano oclusal não garante saúde do periodonto, por causa da falta de espaço. A Dp é mais comum em pacientes mais velhos e em dentes horizontais e mesioangulados, onde a frequência de destruição do ligamento periodontal é maior. 3Ms contribuem para desenvolver os defeitos periodontais, a morbidade aumenta nas posições mesioanguladas e horizontais (Haug et al., 2009). Dentes distoangulados e verticais causam maiores defeitos ósseos na região (Polat et al., 2008).

A Dp foi mais comum nos 3Ms inferiores e nas posições distoanguladas e verticais (White;Proffit, 2011). Marciani (2012), escreveu que a Dp ocorre mais comumente em 3Ms verticais ou distoangulados. McCoy (2012), citou que dentes em posição mesioangulada e impactado podem causar Dp.

A Dp tem alto índice de incidência em dentes semierupcionados ou erupcionados desta região. Alguns autores defendem a exodontia profilática de 3Ms inferiores parcialmente erupcionados em virtude da possibilidade de desenvolver cáries, doença periodontal ou sintomas dolorosos (Falci et al., 2012). Em nossa amostra, encontramos também que dentes erupcionados e semieupcionados representam risco para Dp.

Quanto a relação da Dp com posição dos dentes em relação ao plano oclusal, nos 3Ms superiores da amostra dentes erupcionados e semierupcionados representam risco para Dp. Nos 3Ms inferiores os dentes erupcionados tem 60% menos Dp do que os dentes semierupcionados, sem relação comprovada.

Quanto a relação da Dp com posição dos dentes na classificação de Winter (1926), nos 3Ms superiores os dentes em posição mesioangulados, horizontais ou distoangulados apresentam menos risco de Dp quando comparados aos verticais. Nos 3Ms inferiores os dentes mesioangulados apresentaram mais Dp que os dentes verticais com diferença estatisticamente significativa. Concordando com Haug et al. (2009), que citaram que os 3Ms contribuem para desenvolver os defeitos periodontais, a morbidade aumenta nas posições mesioanguladas e horizontais.

Pell e Gregory (1933), 3Ms superiores, a posição B apresentou menos Dp que a posição A, e a posição C apresentou mais Dp que a posição A, com significância. Nos 3Ms inferiores, a posição B apresentou mais Dp que a posição A e a posição C apresentou mais Dp que a posição A, com significância.

6.1.i- Posição e cáries e Dp

A Dp ocorreu mais nos 3Ms mesioangulados e horizontais e as cáries nos 3Ms mesioangulados. 60% dos dentes eram parcialmente cobertos, ou semierupcionados e um terço dos casos eram mesioangulados. Dentes semi erupcionados apresentam maiores índices de patologias associadas, pois a cobertura tecidual pode funcionar como uma barreira para invasão bacteriana (Knutsson et al., 1996). Coincide com os achados de nossa amostra.

Jung e Cho (2013), dentes mesioangulados e semierupcionados são os dentes que apresentaram maiores incidência de cáries ou Dp. Completaram que a Dp foi mais prevalente que cáries em 2Ms adjacentes a 3Ms mesioangulados (Jung; Cho, 2013).

As cáries e Dp são motivo de indicação profilática de exodontias do 3M quando estiverem parcialmente erupcionados e mesioangulados (Falci et al., 2012; McArdle et al., 2014). Jung; Cho, (2013), sugeriram a indicação de exodontia profilática em dentes mesioangulados e horizontais, especialmente em dentes em posição A.

Em 3Ms inferiores a posição A tem maior risco de patologia quando comparado a posição B e C. Constataram haver associação entre angulação do dente e patologias associadas, concluiu-se que dentes mesioangulados ou horizontais levam a maior ocorrência de cáries e Dp (Polat et al., 2008).

Dentes mesioangulados ou horizontais tem maior risco de desenvolver cáries e Dp no 2M ou 3M (Polat et al., 2008).

Dentes mesioangulados apresentaram em 9,5% dentes superiores e 27,4% em dentes inferiores (Jung; Cho, 2013). Dentes semierupcionados e mesioangulados mostraram alto índice de incidência de cáries e Dp nos 2Ms. 5,4% de cáries de 3M inferiores e 1,7% de Dp no 3Ms. Dp foi mais prevalente que cáries em 2Ms adjacentes a 3Ms mesioangulados (Jung; Cho, 2013).

6.1.j- Sintomas com cáries e com Dp

Em nossa amostra, a presença de cáries nos dentes superiores foi comparada com a presença de sintomas, pacientes com cáries tiveram 9% a mais de sintomas que os pacientes sem cáries. A presença de cáries nos dentes inferiores foi relacionado com a presença de sintomas. Nos 3Ms inferiores pacientes com cáries apresentaram 1% a mais de sintomas.

A presença de Dp nos dentes superiores foi comparada com a presença de sintomas, pacientes com Dp tem 10% a mais de sintomas que os pacientes sem Dp, sem diferença estatisticamente significativa. A presença de Dp nos dentes inferiores foi relacionado com a presença de sintomas. Nos 3Ms inferiores pacientes com Dp apresentaram 60% a mais de sintomas, com diferença estatística.

6.2- Qualidade de vida (QV)

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial (Minayo et al., 2000). Estes estudos são importantes determinantes de cuidados de saúde, regimes de aderência ao tratamento e satisfação com o tratamento recebido (Locker; Allen, 2007).

Avaliar QV é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro (Sawada et al., 2009).

6.2-a -Qualidade de vida relacionada á saúde bucal (QVRS)

Qualidade de vida pode ser difícil de ser mensurada, não só porque significa coisas diferentes para cada um, mas também porque depende da percepção do próprio paciente. Esta análise requer cooperação do paciente. Ainda há uma lacuna de relatos nos aspectos das mudanças que influenciam na qualidade de vida dos pacientes (Savin; Ogden, 1997).

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e QV. A prevenção de morbididades relacionadas a 3Ms deve ser incluída nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

Muitas vezes a presença destes dentes pode levar à injúrias e prejuízo da saúde bucal do indivíduo, tendo um significativo impacto na qualidade de vida das pessoas, as quais podem relatar dificuldade em relaxar, interrupções nas refeições, irritabilidade e tensão, que muitas vezes implicam em falta ao trabalho (Slade et al., 2004).

A medicina nos últimos 30 anos tem visto aumentar o uso dos termos de QV e QV relacionada com condições de saúde e terapias para estas. As medidas tradicionais de saúde precisam ser suplementadas por resultados obtidos por experiências de pacientes (Locker; Allen, 2007).

Os índices de qualidade de vida são tão importantes quanto aos parâmetros clínicos nas indicações da exodontias de 3Ms (Negreiros et al., 2012).

A QVRS é um constructo multidimensional que reflete conforto ao comer, dormir, interação social, autoestima e satisfação com a saúde bucal (Al Habashneh et al., 2012).

Cirurgiões deveriam saber mais sobre QVRS, avaliando as morbidades ligadas a 3Ms e usando dicas para escolher o melhor tratamento. Quando a condição clínica sozinha, não fornece dados suficientes para indicar ou não a exodontia, o impacto na QV poderá ser um fator importante a ser considerado na tomada de decisão (Negreiros et al., 2012).

Hoje em dia, os pacientes exigem maior participação nas decisões referente a sua saúde bucal, o que requer um nível maior de compreensão e esclarecimento na hora de propor um tratamento (Negreiros et al., 2012).

6.2.b- Ohip (*Oral Health Impact Profile*)

Os dados mostraram que o Ohip está associado à necessidade percebida de tratamento. O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida, surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a QV. Saúde foi definida como uma dimensão da QV (Ferreira et al., 2004).

O questionário Ohip pergunta sobre os impactos adversos das condições orais sobre o bem estar incluindo dor, estado psicossocial, interação social e atividades diárias. Nesta pesquisa, comer foi um aspecto de interação social importante (Slade et al., 2004).

Medidas de QV relacionado á saúde bucal como o Ohip foram construídas para verificar a amplitude de como a condição bucal pode interferir na qualidade de vida, assim

como, pode ser associada a instrumentos específicos que promovem melhor compreensão do impacto da condição clínica (McNutt et al., 2008).

O Ohip é utilizado em estudos transversais e longitudinais para avaliar efeitos físicos, psicológicos e sociais na qualidade de vida. É responsivo para pequenas mudanças na qualidade de vida, inclusive para mudanças clínicas de 3Ms (Van Wijk et al., 2009).

Ele é constituído de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social e deficiência física, estas dimensões foram determinadas por Locker no modelo conceitual de saúde bucal que foi baseado na classificação de dano, incapacidade e deficiência, desenvolvido pela OMS (Van Wijk et al., 2009).

6.2.c- Qv cáries e Dp e 3Ms

É mandatório aos cirurgiões melhorarem os parâmetros de saúde e qualidade de vida. A prevenção de morbidades relacionadas a 3Ms deve ser incluídas nas pesquisas odontológicas (Silvestri; Singh, 2003).

Existe um crescente reconhecimento que o impacto da condição oral na qualidade de vida. É um critério que pode ser útil na decisão terapêutica sobre extrair os 3Ms ou não (Slade et al., 2004). As medidas de QV podem ser usadas para tomar decisões terapêuticas (Crosby et al., 2004).

A deterioração da saúde bucal e as consequências da Dp podem não ser restritas a região de 3M, podem também levar a uma piora na QV (Marciani, 2007).

Avaliando o impacto da Dp na QV, a limitação funcional foi o domínio mais afetado em pacientes com Dp. Nesta amostra 91,5% dos pacientes tiveram impacto no domínio 1. Este impacto foi relacionado com idade, renda e Dp (Araujo et al., 2010).

Em outro estudo, o domínio 2, a dor física foi o domínio com mais impacto. Todos os domínios, exceto o da limitação funcional diferiram conforme o tipo de Dp. A Dp causou vários sinais e sintomas clínicos, e alguns deles tem impacto na Qv (Al Habashneh et al., 2012).

A pericoronarite interfere na função oral na QV e causa problemas sintomáticos. Isto deve ser considerado na indicação das exodontias de dentes parcialmente erupcionados. É comum ocorrer entre 16 a 30 anos. Pode acarretar a indicação precoce de exodontia (Tang et al., 2014).

Em pesquisa anterior, Negreiros (2010) avaliou dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental, em um período do pré-operatório até sétimo dia de PO. Encontrou resultado de Ohip total iniciou no pré-operatório com valor de 7,35, aumentou tendo pico no 1PO, e decresceu, sendo que no 6PO retornou ao valor inicial. Na avaliação do questionário Ohip -14 feita pelos domínios ao longo dos dias de pós-operatório estabelecemos relação entre os domínios do Ohip e o tempo de pós operatório, a média total do Ohip foi de 11,6. Os domínios que tiveram maior impacto foram o 2 de dor física e domínio 3 de desconforto psicológico.

A média do Ohip total somatória das respostas, foi 12,13, sendo o Max possível 56. O Ohip total variou de 0 a 51. Quanto a avaliação dos domínios 0 a 4. Tivemos impacto em todos os domínios: Domínio 1 (avaliação funcional) 0,27. Domínio 2 (dor física) 1,77. Domínio 3 (desconforto psicológico) 1,61. Domínio 4 (incapacidade física) 0,75. Domínio 5 (incapacidade psicológica) 0,71. Domínio 6 (incapacidade social) 0,85. Domínio 7 (desvantagem social) 0,34. Os domínios de maior impacto foram de dor física e desconforto psicológico. Comprovando que paciente com 3Ms tem impacto na QV.

6.2.d. Ohip com cáries

Em nossa amostra, relacionamos cárie com a média do Ohip total, os 3Ms superiores com cáries apresentaram a média do Ohip maior do que pacientes com 3Ms sem cáries, sem diferença significativa. Nos 3Ms inferiores cariados pacientes tiveram médias do Ohip similares aos não cariados.

Com relação aos domínios do Ohip, no domínio 3 tivemos diferença entre pacientes com cárie nos 3Ms superiores quando comparado os pacientes sem cárie. No domínio 6 tivemos diferença entre pacientes com cárie nos 3Ms superiores quando comparado aos pacientes sem cárie.

Agrupando os 3Ms superiores e inferiores, e relacionando com Ohip, encontramos relação no domínio 1 no domínio 7. Os pacientes com cárie apresentaram menor impacto nestes domínios. Isto pode estar relacionado ao número de pacientes coletados ou ao fato de se tratar de dados subjetivos.

6.2.e. Ohip com Dp

Ainda em nosso estudo, relacionamos a Dp com a média do Ohip total, a media do Ohip foi maior em pacientes com Dp nos 3Ms superiores, sem diferença estatística. Nos 3Ms inferiores a média do Ohip foi maior nos pacientes com Dp, quando comparados aos sem Dp, com diferença estatisticamente significativa. Os pacientes com Dp no 3Ms inferiores tem mais impacto na QV.

Com relação aos domínios do Ohip, Domínio 1 Ohip em paciente com Dp nos 3Ms inferiores e superiores resultados maiores do que os pacientes sem Dp, sem diferença estatística.

No domínio 2 os pacientes com Dp em dentes superiores tiveram resultado maior, sem diferença estatística. Neste dominio tivemos diferença entre Ohip de pacientes com Dp nos 3Ms inferiores quando comparado ao Ohip dos pacientes sem Dp, sendo menor o Ohip em paciente sem Dp .

No domínio 3, a avaliação de Dp nos 3Ms inferiores, deu diferença no limite de significância. Paciente com Dp nos 3Ms inferiores tiveram mais impacto no domínio 3 quando comparados a pacientes sem Dp.

No domínio 4 a avaliação de Dp nos 3Ms inferiores, tivemos diferença entre pacientes com Dp nos 3Ms inferiores, quando comparado aos pacientes sem Dp.

Agrupando os 3Ms superiores e inferiores, e relacionando com Ohip, encontramos relação no domínio 2 e no domínio 7. Os pacientes com Dp apresentaram menor impacto nestes dominios. Isto pode estar relacionado ao numero de pacientes coletados ou ao fato de se tratar de dados subjetivos.

6.2.f. Ohip com cáries e Dp

Foram comparado os resultados de Ohip dos pacientes com alteração patológica e pacientes sem alterações no Ohip total e em cada domínio. No Ohip total não houve diferença. Quando comparamos com cada domínio, encontramos os resultados de Ohip maiores em pacientes com alterações patológicas, porém a única diferença estatisticamente no limite da significancia encontrada foi no domínio 7, onde os pacientes com alterações patológica

tenham mais impacto neste domínio. Este domínio representa a deficiência física, demonstrando que as alterações patológicas podem deixar o paciente incapaz

6.2.g. Ohip com sintomas

Relacionando Ohip total com sintomas apresentou relação, paciente que apresentaram sintomas em 3Ms tiveram resultados de Ohip maiores com diferença estatística.

Os domínios 2, 3 e 5 apresentaram diferença e relação, pacientes com sintomas tiveram maiores resultados nos domínios 2, 3 e 5 com diferença estatística quando comparados a pacientes sem sintomas. Domínios estes de dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica.

Apesar dos dados de QVRS terem sido coletados subjetivamente, pela percepção do paciente, poderemos rever as indicações das exodontias dos 3Ms. Os critérios de indicação da exodontia não se restringem somente aos critérios clinico-cirúrgicos, principalmente quando se trata de dentes assintomáticos. A ausência de sintomas não significa ausência de doenças, dependendo da posição do 3M e de fatores de higiene e incidência de cáries, devemos indicar a exodontia profilática.

Os critérios para exodontia devem se estender às condições da vida e qualidade de vida dos pacientes, ampliando assim, a visão dos cirurgiões bucomaxilofacial.

7 CONCLUSÕES

- A posição do 3M interfere na incidência de cárie, angulação, semierupção aumentam o risco de cárie, principalmente, em pacientes com cáries em outros dentes
- A posição do 3M interfere na incidência de Dp, angulação, semierupção aumentam o risco de Dp, sem relação com Dp em outros dentes
- Idade e sintomas são fatores associados a cáries e Dp e gênero não
- Idade e sintomas influenciam nos valores de Ohip, o gênero não. A QVRS piora na presença de sintomas e aumento de idade.
- A QVRS é influenciada negativamente na presença de cárie e Dp

REFERÊNCIAS¹

Adeyemo WL. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal: A critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(4):448-52.

Adeyemo WL, James O, Ogunlewe MO, Ladeinde AL, Taiwo OA, Olojede AC. Indications for extraction of third molars: a review of 1763 cases. *Niger Postgrad Med J.* 2008;15(1):42-6. Review.

Ahmad N, Gelesko S, Shugars D, White RP Jr, Blakey G, Haug RH, Offenbacher S, Phillips C. Caries experience and periodontal pathology in erupting third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66(5):948-53.

Al-Anqudi SM, Al-Sudairy S, Al-Hosni A, Al-Maniri A. Prevalence and Pattern of Third Molar Impaction: A retrospective study of radiographs in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2014 Aug;14(3):e388-92.

Al Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Use of Arabic version of oral Health Impact profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Science.* 2012; 54(11): 113-20.

Allen RT, Witherow H, Collyer J, Roper-Hall R, Nazir MA, Mathew G. The mesioangular third molar--to extract or not to extract? Analysis of 776 consecutive third molars. *Br Dent J.* 2009; 206(11):E23; discussion 586-7.

Araujo AC, Gusmao ES, Batista JE, Cimoës R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int.* 2010; 41(6): 111-8.

Baelum V, Hintze H, Wenzel A, Danielsen B. Implications of caries diagnostic strategies for clinical management decisions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(3):257-66.

Blakey GH, Jacks MT, Offenbacher S, Nance PE, Phillips C, Haug H, White RP. Progression of periodontal disease in the second/third molar region in subjects with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(2):189-93.

¹ De acordo com o Estilo Vancouver.

Blakey GH, Parker DW, Hull DJ, White RP Jr, Offenbacher S, Phillips C, Haug RH. Impact of removal of asymptomatic third molars on periodontal pathology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Feb; 67(2):245-50.

Blakey GH, Gelesko S, Marciani RD, Haug RH, Offenbacher S, Phillips C, White RP Jr. Third molars and periodontal pathology in American adolescents and young adults: a prevalence study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Feb; 68(2):325-9.

Bradshaw S, Faulk J, Blakey GH, Phillips C, Phero JA, White RP. Quality of Life Outcomes After Third Molar Removal in Subjects With Minor Symptoms of Pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(11): 2494-500.

Breik O, Grubor D. The incidence of impacted mandibular third molar. *Aust Dent J.* 2008; 53(4): 320-4.

Carvalho LAC, Scabar LF, Souza DS, Narvai PC. Procedimentos coletivos de saúde bucal: gênese, apogeu e ocaso. *Saude Soc.* 2009;18(3):490-9.

Carvalho RNF, Araujo RCA, Vasconcelos BCE. Assessment of factors associated with surgical difficulty during removal of impacted maxillary third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71: 839-45.

Celikoglu M, Miloglu O, Kazanci F. Frequency of agenesis, impaction, angulation, and related pathologic changes of third molar teeth in orthodontic patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(5):990-5.

Chang SW, Shin SY, Kum KY, Hong Correlation study between distal caries in the mandibular second molar and the eruption status of the mandibular third molar in the Korean population. *J.OralSurg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 108(6):838-43.

Christensen J, Matzen LH, Wenzel A. Should removal of lower third molar be included in the pre- graduated curriculum for dental students: An evaluation of post-operative complications after student operations. *Acta Odontol Scand.* 2012; 70(1): 42-8.

Coulthard P, Bailey E, Esposito M, Furness S, Renton TF, Worthington HV. Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 29;7:CD004345.

Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. An integrated method to determine meaningful changes in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(11):1153-60.

Deepti C, Rehan HS, Mehra P. Changes in quality of life after surgical removal of impacted mandibular third molar teeth. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009; 8(3):257-60.

Dicus-Brookes C, Patrick M, Blakey GH, Faulk-Eggleston J, Offenbacher S, Phillips C, White RP Jr Removal of symptomatic third molar may improve periodontal status of remaining dentition. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(10):1639-646.

Divaris K, Fisher EL, Shugars DA, White RP Jr. Risk factors for third molar occlusal caries: a longitudinal clinical investigation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(8):1771-80.

Dodson TB. Surveillance as a management strategy for retained third molars is it desirable. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(9 suppl 1):S20-4.

Falci SGM, de Castro CR, Santos RC, de Souza Lima LD, Ramos-Jorge ML, Botelho AM, Dos Santos CRR. Association between the presence of a partially erupted mandibular third molar and the existence of caries in the distal of the second molars. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(10):1270-4.

Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res.* 2004;38(3):182-91.

Ferreira CA, Loureiro CA, Araujo VE. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Rev Saúde Publica.* 2004;38(3):445-52.

Fisher EL, Moss KL, Offenbacher S, Beck JD, White RP Jr. Third molar caries experience in middle-aged and older Americans: a prevalence study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(3):634-40.

Fisher EL, Garaas R, Blakey GH, Offenbacher S, Shugars DA, Phillips C. Changes over the time in the prevalence of caries experience or periodontal pathology on third molars in young adults. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70:1016-22.

Fisher EL, Blakey GH, Offenbacher S, Shugars DA, Phillips C, White RP. Mechanical debriment of subgingival biofilme in participants with asymptomatic third molars does not reduce deeper probing depths in molar regions of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71(3):467-74.

Folayan MO, Ozeigbe EO, Onyejaeka N, Chukwumah NM, Oyedele T. Non-third molar related pericoronitis in a sub-urban Nigeria population of children. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(1):18-22.

Friedman JW. Letter to the editor, Retained asymptomatic third molars and risk of second molar pathology. *J Dent Res.* 2014; 93(3):319.

Garaas RN, Moss KL, Fisher EL, Wilson G, Offenbacher S, Beck JD, White RP Prevalence of visible third molars with caries experience or periodontal pathology in middle-aged and older Americans. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(2):463-70.

Garaas RN, Fisher EL, Wilson GH, Phillips C, Shugars DA, Blakey GH, Marciani RD, White RP. Prevalence of third molars with caries experience or periodontal pathology in young adults. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(3):507-13.

Haug RH, Abdul-Majid J, Blakey GH, White RP. Evidence based decision making: the third molar. *Dent Clin North Am.* 2009; 53(1):77-96.

Huang GJ, Cunha-Cruz J, Rothen M, Spiekerman C, Drangsholt M, Anderson L, Roset GA. A prospective study of clinical outcomes related to third molar removal or retention. *Am J Public Health.* 2014;104(4) :728-34.

Jung YH, Cho BH. Prevalence of Missing and impacted third molar in adults aged 25 years and above. *Imaging Sci Dent.* 2013; 43 (4):219.

Junqueira SR. Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal cárie dentaria em adolescentes de Embu, SP, 2005 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública;2007.

Kaveri GS, Prakash S. Third molars: a threat to periodontal health? *J Maxillofac Oral Surg.* 2012; 11(2):220-3.

Knutsson K, Brehmer B, Lyesell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82(1):10-7.

Koumaras GM. What costs are associated with the management of third molars *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(9 suppl 1):S8-10.

León S, Bravo-Cavicholi D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):95.

Locker D, Allen F. Does self-weighting of items enhance the performance of an oral health-related quality of life questionnaire? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(1): 35-43.

Majid OW, Al-Mashhadani BA. Perioperative bromelain reduces pain and swelling and improves quality of life measures after mandibular third molar surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(6):1043-8.

Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007;19(1):1-13. Review.

Marciani RD. Is there pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(1):15-9.

Mazzilli LEN, Crosato E. Analise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996-2000. *RPG.* 2005;12(4):44-53.

McArdle LW, Renton TF. Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of the third molar? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44(1):42-5.

McArdle LW, McDonald F, Jones J. Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of the third molar? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014;52(2):185-9.

McCoy JM. Complications of retention: pathology associated with retained third molars. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2012;20(2):177-95.

McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(7):759-63.

McNutt M, Patrick M, Shugars DA, Phillips C, White RP. Impact of symptomatic pericoronitis on health related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(12):2482-7.

Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E. relação entre maloclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. *Rev Odontol UNESP.* 2005;34(1):37-42.

Mikić IM, Zore IF, Crcić VF, Matijević J, Plancak D, Katunarić M, Buković D. Prevalence of third molars and pathological changes related to them in dental medicine. *Coll Antropol.* 2013;37(3):877-84.

Miller DR, Clark JA, Rogers WH, Skinner KM. The influence of place of administration on health-related quality-of-life assessments. *J Ambul Care Manage*. 2005;28(2):111-24.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saude Coletiva*. 2000;5(1):7-18.

Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: nota para a imprensa. Brasília(DF): Ministério da Saúde; Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Projeto técnico; 2010.

Ministério da Saúde, Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003, resultados principais. Brasília-(DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

Montero-Martin J, Bravo-Perez M, Albaladejo-Martinez A, Hernandez-Martin LA, Rosel-Gallardo E. Validation the Oral Health Impact profile(OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(1): 44-50.

Moss KL, Beck JD, Mauriello SM, Offenbacher S, White RP Jr..Risk indicators for third molar caries and periodontal disease in senior adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007b; 65(5):958-63.

Moss KL, Beck JD, Mauriello SM, Offenbacher S, White RP Jr..Third molar periodontal pathology and caries in senior adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007a;65(1):103-8.

Moss KL, Oh ES, Fisher E, Beck JD, Offenbacher S, White RP Jr Third molars and periodontal pathologic findings in middle-age and older Americans. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67(12):2592-8.

Negreiros RM, Biazevic MGH, Jorge WA, Michel-Crosato, E. Relationship between oral health-related quality of life and the position of the lower third molar:postoperative follow-up. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012. 70(4):779-86.

Negreiros RM. Cirurgia de terceiros molares: avaliação da dor, edema, qualidade de vida e variações conforme posição dental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Niv D, Kreidler S. Pain and quality of life. *Pain Prac*. 2001;1(2):150–61.

Nunn ME, Fish MD, Garcia RI, Kaye EK, Figueroa R, Gohel A, Ito M, Lee HJ, Williams DE, Miyamoto T. Retained Asymptomatic third molar and risk for second molar pathology. *J Dent Res*. 2013; 92(12):1094-9.

Nunn ME, Fish MD, Garcia RI, Kaye EK, Figueroa R, Gohel A, Ito M, Lee HJ, Williams DE, Miyamoto T. Response to letter to editor Retained Asymptomatic third molar and risk for second molar pathology. *J Dent Res*. 2014;93(13):3020-1.

Oderinu OH, Adeyemo WL, Adeyemi MO, Nwathor O, Adeyemi MF. Distal cervical caries in second molars associated with impacted mandibular third molars: a case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 pii: S2212-4403(12)00395-1.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307-14.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. <http://www.who.int/classifications/icd/docs/en/NOMREGS.pdf>

Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal. *Dent. Digest*. 1933;38:330-8.

Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.214-47.

Phillips C, White R Jr. How Predictable is the position of third molars over time *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 ;70(9 Suppl 1):S11-4.

Pogrel MA. What is the effect of timing of removal on the incidence and severity of complications *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(): 37- 40.

Polat HB, Ozan F, Kara I, Ozdemir H, Ay S. Prevalence of commonly found pathoses associated with mandibular impacted third molars based on panoramic radiographs in Turkish population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;Jun;105(6):e41-7.

Rafetto LK, Synan W. Surgical Management of third molars. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2012; 20(2):197-223.

Rafetto LK. Controversy, evidence and third molar management. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clinics North Am.* 2012;20(2): 253-61

Renton T, Al-Haboubi M, Pau A, Shepherd J, Gallagher JE. What has been the United Kingdom's experience with retention of third molars? *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(suppl 1):548-57.

Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TSS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Crosscultural adaptation of the pressure ulcer scale for healing to the portuguese language. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(3):305-13.

Savin J, Ogden GR. Third molar surgery- a preliminary report on aspects affecting quality of life in the early postoperative period. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997;35(4):246-53.

Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardos FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):581-7.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-8.

Shugars DA, Benson K, White RP, Simpson KN, Bader JD. Developing a measure of patient perceptions of short-term outcomes of third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54(12):1402-8.

Shugars DA, Gentile MA, Ahmad N, Stavroupoulos MF, Slade GD, Phillips C, et al. Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(12):1721-30.

Shugars DA, Elter JR, Jacks MT, White RP, Phillips C, Haug RH, Blakey GH. Oclusal caries experience in patients with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(8):973-9.

Shugars DA, Elter JR, Jacks MT, White RP, Phillips C, Haug RH, Blakey GH. Incidence of occlusal dental caries in asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(3):341-6.

Silvestri AR, Singh I. The unresolved problem of the third molar: would people be better off without it? *J Am Dent Assoc.* 2003;134(4):450-5.

Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White RP. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(9):1118-24.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(3):446-7.

Tang DT, Phillips C, Proffit WR, Koroluk LD, White RP Jr. Effect of quality of life measures on the decision to remove third molars in subjects with mild pericoronitis symptoms. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 72(7):1235-43.

Van Wijk A, Kieffer JM, Lindeboom JH. Effect of third molar surgery on oral health-related quality of life in the first postoperative week using dutch version of Oral Health Impact Profile-14. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(5):1026-31.

Winter GB. Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book Co; 1926.

White RP Jr, Fisher EL, Phillips C, Tucker M, Moss KL, Offenbacher S. Visible third molars as risk indicator for increased periodontal probing depth. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(1):92-103.

White RP Jr, Proffit WR Evaluation and management of asymptomatic third molars: lack of symptoms does not equate to lack of pathology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; Jul;140(1):10-6.

Zhang QB, Zhang ZQ. Early extraction a silver Bullet to avoid nerve injury in lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(10):1280-3.

ANEXO A – Termo de cossentimento livre e esclarecido

<p align="center">FUNDECTO-FFO-USP</p> <p>PRÉ OPERATÓRIO DE TERCEIROS MOLARES: AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE CÁRIE, DOENÇA PERIODONTAL E QUALIDADE DE VIDA, E SUAS VARIAÇÕES CONFORME POSIÇÃO DENTAL</p> <p>Pesquisadores: Prof. Edgard Michel Crosato (CROSP-61091) Dra. Renata Matalon Negreiros (CROSP-55357)</p>
--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME _____ SEXO: M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ DOCUMENTO IDENTIDADE N° _____

ENDEREÇO: _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONES: _____

2 – ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA, RISCOS E BENEFÍCIOS ESPERADOS

Você esta sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Pré operatório de terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental**”, que tem o objetivo de avaliar a variação da qualidade de vida no pré-operatório das cirurgias de terceiros molares, verificando a incidência de carie e doença periodontal, relacionando com a posição e assim contribuir para o conhecimento dos cirurgiões dentistas na tomada de decisão terapêutica, sobre exodontias de terceiros molares assintomáticos. Esta pesquisa será coordenada pelo Prof. Dr. Edgard Michel Crosato (CROSP-61091) e Dra. Renata Matalon Negreiros (CROSP-55357), Departamento de Odontologia Social. A pesquisa não representa nenhum risco para os participantes, uma vez que serão incluídos no curso para fazer a exodontia, quando indicada, ou encaminhados para tratamento quando necessário. Os riscos apresentados são aqueles inerentes a qualquer atendimento odontológico, sendo o paciente previamente informado a respeito deles e podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto cause a interrupção do tratamento. Caso aceite participar da pesquisa deverá preencher um formulário específico de qualidade de vida e ser examinado clinicamente na própria FUNDECTO-FFO. A avaliação dos dados será através de formulários específicos preenchidos pela equipe pesquisadora.

3- CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e entendido todas as informações contidas nesse termo, tendo tempo para pensar sobre o assunto e esclarecer minhas dúvidas. Sei que ainda poderei, a qualquer momento, me informar sobre os

procedimentos da pesquisa e tirar dúvidas que eventualmente surgirem, pessoalmente ou por telefone, no curso de especialização em cirurgia da FUNDECTO- USP (3091-7883). Fui informado(a) que, sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação caso necessário, haverá disponibilidade de assistência no Hospital Universitário da USP

Eu _____, portador(a) do RG: _____, concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause a interrupção do tratamento a que estou sendo submetido(a) ou qualquer outro tipo de prejuízo. Estou ciente de que os dados obtidos nos meus exames serão mostrados em publicações e eventos científicos sem que eu seja identificado(a). Declaro ter recebido cópia deste termo.

São Paulo, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura da participante (sujeito da pesquisa)

Assinatura do pesquisador (Dra. Renata Matalon Negreiros)

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000 São Paulo ou pelo e-mail cepfo@usp.br).

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética FOU SP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP													
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA													
Título da Pesquisa: Pré-operatório de terceiros molares: avaliação da presença de cárie, doença periodontal e qualidade de vida, e suas variações conforme posição dental													
Pesquisador: Edgard Michel Crosato													
Área Temática:													
Versão: 4													
CAAE: 08709312.5.0000.0075													
Instituição Proponente: Universidade de São Paulo													
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio													
DADOS DO PARECER													
Número do Parecer: 280.084													
Data da Relatoria: 22/05/2013													
Apresentação do Projeto:													
A pesquisa se baseia na coleta de dados e no exame clínico das condições bucais de pacientes que necessitam de exodontia de terceiros molares inferiores e tenta realizar um levantamento epidemiológico das causas e da correlação das posições de terceiros molares inferiores e as causas da necessidade de exodontia.													
Objetivo da Pesquisa:													
Objetivo Primário:													
O objetivo deste trabalho é avaliar clinicamente se a posição do terceiro molar, segundo classificação de Pell e Gregory e Winter, interfere na incidência de cárie e doença periodontal, além de mensurar a qualidade de vida através do questionário OHIP no pré-operatório.													
Objetivo Secundário:													
Verificar a possível relação da cárie e doença periodontal com: gênero, idade e posição do terceiro molar. Mensurar OHIP antes da exodontia de terceiros molares e verificar sua possível relação com cárie e doença periodontal e posição do terceiro molar.													
Avaliação dos Riscos e Benefícios:													
Foram melhor adequados seguindo as sugestões emitidas em parecer anterior.													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes 2227</td> <td style="padding: 2px 5px;">CEP: 05.508-900</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Bairro: Cidade Universitária</td> <td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Município: SÃO PAULO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">UF: SP</td> <td style="padding: 2px 5px;">Telefone: (11)3091-7991</td> <td style="padding: 2px 5px;">Fax: (11)3091-7814</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px 5px;">E-mail: cep@fou.usp.br</td> </tr> </table>		Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes 2227		CEP: 05.508-900	Bairro: Cidade Universitária	Município: SÃO PAULO		UF: SP	Telefone: (11)3091-7991	Fax: (11)3091-7814	E-mail: cep@fou.usp.br		
Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes 2227		CEP: 05.508-900											
Bairro: Cidade Universitária	Município: SÃO PAULO												
UF: SP	Telefone: (11)3091-7991	Fax: (11)3091-7814											
E-mail: cep@fou.usp.br													

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 200.004

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As adequações solicitadas foram realizadas pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 22 de Maio de 2013

Assinado por:
Marta Gabriela Hays Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7920

Fax: (11)3081-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO C- Ficha clinica

PRÉ-OPERATÓRIO DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES
COORDENADOR: Prof. Dr. WALDYR ANTONIO JORGE

FICHA DO PACIENTE

PACIENTE: _____
 DATA: ____/____/____ GÊNERO F () M () IDADE _____

AValiação DA PRESENÇA DE CÁRIE

Avaliação clínica- explorador

18 () cariado () perdido () obturado
 28 () cariado () perdido () obturado
 38 () cariado () perdido () obturado
 48 () cariado () perdido () obturado

Anodontia qual? _____ Supra qual? _____

Avaliação Radiográfica

18 () cariado () perdido () MV () DV defeito periodontal
 28 () cariado () perdido () MV () DV defeito periodontal
 38 () cariado () perdido () MV () DV defeito periodontal
 48 () cariado () perdido () MV () DV defeito periodontal

Voce já teve dor nos terceiros molares? _____ tempo
 () Direito () Esquerdo () Os dois () Não tive dor em nenhuma

Motivo da indicação da exodontia

() Ortodôntico () Sintomas () Carie () Dor () Espaço () Pericoronarite () Outro

Ultima visita ao dentista _____

Comprometimento sistêmico: S ☐ N ☐ Qual: _____

Medicação: _____

Dente	Clínico	Pell & Gregory posição	Winter
18	I ☐ SI ☐ E ☐	A ☐ B ☐ C ☐	V ☐ M ☐ H ☐ D ☐
Dente	Clínico	Pell & Gregory posição	Winter
28	I ☐ SI ☐ E ☐	A ☐ B ☐ C ☐	V ☐ M ☐ H ☐ D ☐
Dente	Clínico	Pell & Gregory classe	Pell & Gregory posição
38	I ☐ SI ☐ E ☐	I ☐ II ☐ III ☐	A ☐ B ☐ C ☐
Dente	Clínico	Pell & Gregory classe	Pell & Gregory posição
48	I ☐ SI ☐ E ☐	I ☐ II ☐ III ☐	A ☐ B ☐ C ☐
			Winter
			V ☐ M ☐ H ☐ D ☐

AValiação DA PRESENÇA DE DOENÇA PERIODONTAL

18 MV () >4 () <4 DV () >4 () <4 Radiográfico defeito ()
 28 MV () >4 () <4 DV () >4 () <4 Radiográfico defeito ()
 38 MV () >4 () <4 DV () >4 () <4 Radiográfico defeito ()
 48 MV () >4 () <4 DV () >4 () <4 Radiográfico defeito ()

ANEXO D- Questionário Ohip-14- Qualidade de vida

NOME:

OHIP-14 -PRÉ OPERATÓRIO DE TERCEIROS MOLARES: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA,

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes do siso ou sua boca, responda:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Repetidamente (4) Sempre

1 – Você teve problemas para falar alguma palavra?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

4 – Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

5 – Você ficou preocupado (a)?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

6 – Você se sentiu estressado (a)?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

7 – Sua alimentação ficou prejudicada?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

8 – Você teve que parar suas refeições?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

9 – Você encontrou dificuldade para relaxar?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

10 – Você se sentiu envergonhada?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

11 – Você ficou irritada com outras pessoas?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre

14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

- (0) Nunca
- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Repetidamente
- (4) Sempre