Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

**Análise radiográfica dos tipos de retenção e raízes
incidentes em terceiros molares inferiores retidos**

Bauru
2011

Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

Análise radiográfica dos tipos de retenção e raízes incidentes em terceiros molares inferiores retidos

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas

Área de Concentração: Estomatologia

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sanches Gonçalves

Versão corrigida

Sampieri, Marcelo Bonifácio da Silva
S47a Análise radiográfica dos tipos de retenção e raízes
incidentes em terceiros molares inferiores retidos /
Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri - Bauru, 2011.

120 p. il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de
Bauru da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sanches Gonçalves

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por
processos fotocopiadores e/ou meios eletrônicos.

Assinatura do autor: _____

Data: ____/____/____

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 035/2010
Data: 28 de abril de 2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por toda alegria, amor, carinho e apoio incondicional, principalmente nas horas mais difíceis.

Aos meus avós, por todo amor, carinho e alegria proporcionados durante a vida.

Aos meus irmãos, por todo o carinho, amor e alegria que me proporcionaram durante a vida.

À minha tia Salete pelo amor, apoio, carinho, e participação durante todas as etapas da minha vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Eduardo Sanches Gonçalves, pela paciência e pelo apoio muito importante nas clínicas e na elaboração da dissertação.

À minha tia Paula Pini, pela sua paciência e ajuda no ensino da língua inglesa.

À Camila Lopes Cardoso pela sua grande participação na realização deste trabalho

Aos professores da Cirurgia: Osny Ferreira Júnior, Eduardo Sant'Ana, Paulo Sérgio Perri de Carvalho e Renato Yassutaka Farias Yaedú pelos valorosos ensinamentos sobre Cirurgia Bucomaxilofacial e pela oportunidade concedida a mim de realizar os mais diversos procedimentos nesta área.

Aos professores de Estomatologia: Ana Lúcia Capelozza, Izabel Rubira Bullen, Luiz Eduardo Chinellato, José Humberto Damante e Paulo Sérgio da Silva Santos, pelos valorosos ensinamentos e pela oportunidade de realizar os mais diversos procedimentos nesta área.

Aos meus colegas do mestrado da Estomatologia: Bruna, Cecília, Eduardo, Julierme, Kelen, Luciana, Nathalia, Otávio e Thais, pela amizade e imensa ajuda.

Aos meus colegas do Doutorado da Estomatologia: Ana Cláudia, Elen, Fernando, Gabriel, Marcelo Poleti, pela amizade e imensa ajuda.

À Alexandre, Andréa, Elza, Fernanda, Josi e Roberto, funcionários do departamento de Estomatologia pela grande ajuda, amizade e prestatividade.

Às Cirurgiãs-dentistas Márcia F. Vasconcelos Malmström e à Maria Helena F. Vasconcelos pela imensa colaboração na realização deste trabalho.

A CAPES – Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro durante o período da realização do Mestrado.

A todos meus amigos e amigas que fiz durante toda a vida, por toda o apoio e alegria

RESUMO

RESUMO

A cirurgia de terceiros molares é um tratamento rotineiramente realizado pela Odontologia. Sendo considerado um procedimento difícil e que exige habilidade e treinamento do Cirurgião-dentista, espera-se que seja preferencialmente feito por um Cirurgião Bucomaxilofacial, uma vez que complicações podem ocorrer. Visando prever o grau de dificuldade cirúrgica, bem como um melhor planejamento, classificações quanto ao posicionamento dos terceiros molares foram instituídas, sendo estes tradicionalmente classificados pela sua angulação, relacionamento com a coroa do segundo molar adjacente, relacionamento espacial com o ramo ascendente e profundidade na mandíbula. As classificações mais conhecidas do posicionamento de terceiros molares são importantes uma vez que o planejamento cirúrgico decorre do tipo de retenção que o dente apresenta, porém as mesmas não consideram, por exemplo, a quantidade, o tipo, o grau de divergência entre as raízes e sua profundidade em relação ao canal mandibular. Considerando que os fatores relacionados às raízes podem tornar a exodontia mais simples ou mais complicada, interferindo no procedimento cirúrgico, parece-nos lícito acreditar que o conhecimento da anatomia radicular dos terceiros molares inferiores quanto aos tipos prevalentes seja importante. Este estudo se propôs a avaliar o tipo de retenção e os tipos de raízes que mais ocorrem entre os terceiros molares inferiores retidos mandibulares. Foram avaliados 1205 dentes em 710 radiografias panorâmicas digitais, sendo que 616 dentes eram de pacientes do gênero feminino e 589 dentes eram de pacientes do gênero masculino. Destes, 600 dentes eram do lado esquerdo e 605 eram do lado direito. Os resultados evidenciaram que o tipo de retenção dental prevalente foi o Classe II, posição A de Pell & Gregory e em relação a classificação de Winter, o tipo de retenção dental prevalente foi o mesioangular. Observou-se que a maioria dos dentes estudados apresentaram 2 raízes, cônicas, sem dilaceração, divergência e fusão radicular. Concluiu-se então que o tipo mais comum de terceiro molar inferior retido é mesioangular, classe II, posição A, com 2 raízes cônicas, não divergentes, dilaceradas ou fusionadas.

Palavras-chave: terceiro molar, radiografia panorâmica, dente incluso

ABSTRACT

ABSTRACT

The third molar surgery is routinely performed in dental offices. Considered by many as a difficult procedure and requires skill and training of dentists is expected to be preferably done by an Oral and Maxillofacial Surgeon, since serious complications can occur. To predict the degree of surgical difficulty, and better surgical planning, classification and placement of the third molars were introduced, which are traditionally classified by their angle, for his relationship with the crown of the adjacent second molar and about their spatial relationship with the ramus and their depth in the mandible. The best known classification regarding the position of third molars are important since the surgical approach stems from the kind of retention that has the tooth, but they do not consider, for example, the quantity, type, degree of divergence between the roots and its depth in relation to the mandibular canal. Whereas factors related to root that can make the surgery easier or more complicated and these factors may change the surgical procedure, it seems permissible to believe that knowledge of the root anatomy of lower third molars as the types of incidence is important. This study aimed to evaluate the type of retention that most occurs and the types of roots more frequent among the retained mandibular third molars. 1205 teeth have been evaluated in 710 panoramic radiographs. Of the 710 panoramic radiographs seen, 616 teeth were of female patients and 589 teeth were of male patients. Out of total, 600 teeth were 38 and 605 teeth were 48. The results showed that the most prevalent type of retention was the Class II, Pell & Gregory's position A and regarding to Winter's classification the most prevalent type was the mesioangular one. It was observed that the most part of studied teeth presented 2 roots, conical regular, without root laceration, divergence and fusion. In conclusion the most common type of lower retained third molar was the mesioangular, class II, position A, with 2 conical roots, without divergence, laceration or fusion.

Keywords: third molar, panoramic radiograph, unerupted tooth

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-Terceiro molar mandibular classificado como Classe I de Pell & Gregory.	41
Figura 2	- Terceiro molar mandibular classificado como Classe II de Pell & Gregory.	41
Figura 3	- Terceiro molar mandibular classificado como Classe III de Pell & Gregory.	42
Figura 4	- Terceiro molar mandibular classificado como Posição A de Pell & Gregory.	42
Figura 5	- Terceiro molar mandibular classificado como Posição B de Pell & Gregory.	43
Figura 6	- Terceiro molar mandibular classificado como Posição C de Pell & Gregory.	43
Figura 7	- Terceiro molar mandibular classificado como posição mesioangular de Miller e Winter.	44
Figura 8	- Terceiro mola mandibular r classificado como posição vertical de Miller e Winter.	44
Figura 9	- Terceiro molar mandibular classificado como posição horizontal de Miller e Winter.	45
Figura 10	- Terceiro molar mandibular classificado como posição distoangular de Miller e Winter.	45
Figura 11	- Terceiro molar mandibular com 1 raiz.	46
Figura 12	- Terceiro molar mandibular com 2 raizes.	46
Figura 13	- Terceiro molar mandibular com 3 raizes.	47
Figura 14	- Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial.	47
Figura 15	- Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial na forma de gancho.	48
Figura 16	- Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz distal.	48

Figura 17 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz distal na forma de gancho.	49
Figura 18 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial e na raiz distal.	49
Figura 19 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial e na raiz distal em forma de gancho.	50
Figura 20 - Terceiro molar mandibular com ausência (ou sem a presença) de dilaceração radicular.	50
Figura 21 - Terceiro molar mandibular com presença de fusão radicular.	51
Figura 22 - Terceiro molar mandibular com ausência de fusão radicular.	51
Figura 23 - Terceiro molar mandibular com presença de divergência radicular.....	52
Figura 24 - Terceiro molar mandibular com ausência de divergência radicular.....	52
Figura 25- Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo simples (cônica convencional).	53
Figura 26- Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo hipercementose.....	53
Figura 27 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo filiforme.	54
Figura 28 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo unirradicular cônica.	54
Figura 29 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo simples e canal mandibular.....	55
Figura 30 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo hipercementose e canal mandibular.....	55
Figura 31 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo anômala.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição da classificação de Pell & Gregory de acordo com os dentes 38 e 48.....	60
Gráfico 2	- Distribuição da classificação Miller & Winter de acordo com os dentes 38 e 48	61
Gráfico 3	- Distribuição do número de raízes de acordo com os dentes 38 e 48	62
Gráfico 4	- Distribuição da presença de dilaceração radicular de acordo com os dentes 38 e 48.....	63
Gráfico 5	- Distribuição da presença e ausência de fusão radicular de acordo com os dentes 38 e 48	64
Gráfico 6	- Distribuição da presença e ausência de divergência radicular de acordo com os dentes 38 e 48.....	65
Gráfico 7	- Distribuição dos tipos de raízes de acordo com os dentes 38 e 48	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da classificação de Pell& Gregory de acordo com os dentes 38 e 48	59
Tabela 2 - Distribuição da Classificação de Miller & Winter de acordo com os dentes 38 e 48.....	61
Tabela 3 - Distribuição do número de raízes de acordo com os dentes 38 e 48.....	62
Tabela 4 - Distribuição da presença de dilaceração radicular de acordo com os dentes 38 e 48.....	63
Tabela 5 - Distribuição da presença e ausência de fusão radicular de acordo com os dentes 38 e 48	64
Tabela 6 - Distribuição da presença e ausência de divergência radicular de acordo com os dentes 38 e 48	65
Tabela 7 - Distribuição dos tipos de raízes de acordo com os dentes 38 e 48.....	66

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

%	Porcento; percentual de
>	maior que
<	menor que
≥	maior ou igual a
=	igual a
Anl.....	raiz do tipo anômala
aus	ausente
d	distal
dg	distal em gancho
div	divergência
filif.....	raiz do tipo filiforme
hip	raiz do tipo hipercementose
hip e c.m.....	raiz do tipo hipercementose e canal mandibular
kv	kilovoltagem
kVp.....	kilovoltagem-pico
mA.....	miliamperagem
md	mesial e distal
mdg	mesial e distal em gancho
mg	mesial em ganch
mm	milímetros
sem div	sem divergência
simpl.....	raiz do tipo simples
sppls e c.m.....	raiz do tipo simples e canal mandibular
unc.....	raiz do tipo unirradicular cônica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Sistemas de classificação da dificuldade cirúrgica de terceiros molares inferiores.....	19
2.2 Considerações sobre as raízes dos terceiros molares mandibulares e sua importância na cirurgia	26
3 PROPOSIÇÃO	33
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
5 RESULTADOS	57
6 DISCUSSÃO	67
7 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO	91

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia de terceiros molares, retidos ou não, é um tratamento rotineiramente realizado pela Odontologia. Sendo considerado por muitos como um procedimento difícil e que exige habilidade e treinamento, espera-se, que seja preferencialmente feito por um Cirurgião-dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, uma vez que complicações trans e pós-operatórias podem ocorrer.

As justificativas para a extração dos terceiros molares inferiores são variadas e podem ser a possibilidade de reabsorção do dente adjacente, cáries, pericoronarite, desenvolvimento de cistos e tumores, além de falta de espaço no arco.

Com o objetivo de prever o grau de dificuldade da cirurgia, bem como realizar um melhor planejamento cirúrgico, classificações quanto ao posicionamento dos terceiro molares foram instituídas, sendo estes tradicionalmente classificados pela sua angulação, por seu relacionamento com a coroa do segundo molar adjacente e quanto ao seu relacionamento espacial com o ramo ascendente e profundidade na mandíbula.

As classificações de Winter e Pell & Gregory são importantes uma vez que o planejamento cirúrgico decorre do tipo de retenção apresentado, porém as mesmas não consideram, por exemplo, a quantidade, o tipo, o grau de divergência entre as raízes e sua profundidade em relação ao canal mandibular.

Considerando que os fatores relacionados às raízes podem tornar a exodontia mais simples ou mais complicada e que tais fatores podem alterar o procedimento cirúrgico, parece-nos lícito acreditar que o conhecimento da anatomia radicular dos terceiros molares inferiores quanto aos tipos de maior incidência seja importante. O objetivo deste trabalho é verificar qual o tipo de terceiro molar inferior retido frequente e verificar o(s) tipo(s) de raízes que mais acontecem mais freqüentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

A extração do terceiro molar é um dos procedimentos mais comuns realizados por Cirurgiões Bucomaxilofaciais, podendo ocorrer, em muitas delas, dificuldades trans e pós-operatórias. Em todos os procedimentos cirúrgicos o planejamento pré-operatório apropriado e a combinação da técnica e princípios cirúrgicos são de suprema importância para a diminuição da incidência de complicações (BOLOUX; STEED; PECIACCANTE, 2007).

Valmaseda-Castellón, Berini-Aytés e Gay-Escoda (2001) referiram que a idade do paciente, ostectomia na porção distal ao terceiro molar, a relação radiográfica entre as raízes do terceiro molar e o canal mandibular, e a deflexão do canal mandibular aumentam o risco de danos ao nervo alveolar inferior. A classificação de terceiros molares permite um mecanismo razoável de planejamento para tratamentos cirúrgicos e tem sido usada com um estimador da dificuldade cirúrgica.

2.1 Sistemas de classificação da dificuldade cirúrgica de terceiros molares inferiores

Em 1926, Winter instituiu uma classificação que levava em conta a angulação dos terceiros molares em relação ao segundo molar classificando-os em mesioangular, horizontal, vertical, distoangular, linguoversão, vestibuloversão ou invertido.

Pell e Gregory (1933) instituíram um sistema de classificação para estimar a dificuldade cirúrgica em terceiros molares maxilares e mandibulares. Os terceiro molares mandibulares eram classificados de acordo com o seu relacionamento com a superfície oclusal do segundo molar adjacente. A posição A determina que a coroa do dente impactado está no mesmo plano oclusal do segundo molar ou sobre este plano, enquanto que a posição B determina que a coroa do terceiro molar está entre a linha oclusal e a linha cervical do segundo molar, e a posição C indica que a coroa do terceiro molar está abaixo da linha cervical do segundo molar.

Os terceiros molares inferiores retidos podem, ainda, ser classificados pelo seu relacionamento espacial com a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula. Esse relacionamento torna-se importante uma vez que quanto menos espaço disponível entre o segundo molar e o ramo ascendente, mais provável será a chance do terceiro molar se tornar retido. O tecido mole de recobrimento também tem maior probabilidade de se tornar infectado por causa da mobilidade desses tecidos e por causa do desenvolvimento de bolsas sobre o dente parcialmente impactado. Na relação de classe I existe espaço suficiente distalmente ao segundo molar para o terceiro molar irromper. A posição de classe II descreve um dente parcialmente impactado no qual a porção distal da coroa do terceiro molar é coberta pelo osso do ramo ascendente. A relação de classe III significa que a coroa do terceiro molar está completamente dentro do osso (PELL; GREGORY, 1933)

Chiapasco, de Cicco e Marrone (1993) avaliando os efeitos colaterais e complicações relacionadas a extrações de terceiros molares, observaram que o tipo de maior incidência foi o mesioangular (358 dentes), seguido do vertical (266 dentes), distoangular (196 dentes) e horizontal (180 dentes). Observou-se prevalência da Classe I (494 dentes,) seguido do Classe II (333 dentes) e do Classe III (173 dentes). A Posição B foi a que mais ocorreu (683 dentes), seguido da Posição A (190 dentes) e da Posição C (127 dentes).

Pederson (1994) criou um índice que determina o grau de dificuldade de uma cirurgia por meio de radiografias panorâmicas, e analisa as seguintes variáveis:

- **Relação Espacial:** onde a posição mesioangular, tem o *score* igual a 1; a posição horizontal ou transversal tem o *score* igual a 2; a posição vertical tem o *score* igual a 3; a posição distoangular tem o *score* igual a 4.
 - **Profundidade:** O nível A representa um alto nível oclusal e recebe *score* igual a 1; o Nível B representa um médio nível oclusal e recebe *score* igual a 2; o Nível C representa um baixo nível oclusal e recebe um *score* igual a 3.
 - **Relação do ramo / espaço disponível:** A relação de Classe I representa espaço disponível (entre o dente e o ramo mandibular) e recebe *score* igual a 1; a relação de Classe II representa espaço reduzido (entre o dente e o ramo mandibular) e recebe *score* igual a 2; a relação de Classe III representa ausência de espaço (entre o dente e o ramo mandibular) e recebe *score* igual a 3.
-

- **Índice de dificuldade:** Os casos são classificados em muito difícil quando score vai de 7 a 10; moderadamente difícil quando o *score* vai de 5 a 6; ligeiramente difícil quando o *score* vai de 3 a 4.

Hattab et al. (1995) reportou a seguinte incidência em terceiros molares retidos mandibulares nos estudantes jordanianos: mesioangular com 50% , vertical com 39% , distoangular com 5%, e horizontal com 5%.

Peterson (2000, p. 227) reportou que a impaction mesioangular é tida como mais fácil de ser solucionada, além de ser a de maior prevalência, acometendo cerca de 43% de todos os dentes impactados. A impaction horizontal é comumente considerada mais difícil de ser solucionada que a mesioangular. As impactiones horizontais são menos frequentes, sendo vistas aproximadamente em apenas 3% de todas as impactiones mandibulares. A impaction vertical é a segunda mais frequente, sendo responsável por cerca de 38 % de todas as impactiones, sendo a terceira em grau de dificuldade cirúrgica. Finalmente a impaction distoangular é a que apresenta maior dificuldade de remoção do dente. Essas impactiones representam apenas 6% de todos os casos de impaction de terceiros molares.

Segundo Peterson (2000, p. 230) uma impaction mesioangular com uma relação de classe I com o ramo mandibular e uma classificação de posição A de profundidade, é fácil de ser solucionada, sendo essencialmente a extração de um dente erupcionado. No entanto, com a mudança da relação com o ramo para classe II e o aumento da profundidade da impaction para a posição B, o grau de dificuldade se torna maior. Uma impaction horizontal com uma relação com o ramo de classe II, e uma profundidade posição B é uma extração razoavelmente difícil, a qual muitos dentistas generalistas não se sentem seguros para executar. Finalmente a mais difícil das impactiones é a distoangular com relação de ramo de classe 3 e profundidade posição C. Mesmo para os especialistas, a remoção desses dentes constitui um desafio cirúrgico.

Venta, Turtola e Ylipaavalniemi (2001) em estudo que fazia o acompanhamento radiográfico de terceiro molares retidos em pessoas, durante 12 anos (dos 20 aos 32 anos), encontrou a seguinte incidência para os terceiros molares mandibulares: mesioangular com 12 dentes (57,1%), seguido do vertical, distoangular e horizontal, todos com 3 dentes cada (14,3%).

Better et al. (2004) analisaram 189 casos de terceiros molares inferiores em radiografias panorâmicas, sendo que em 65 destes casos o exame radiográfico foi complementado pela tomografia computadorizada antes da realização da cirurgia. Para os casos que foram complementados com a Tomografia Computadorizada encontrou-se os seguintes dados: - o mais encontrado foi o vertical com 27 dentes (42%); o segundo mais encontrado foi o mesioangular com 19 dentes (29%); o terceiro mais encontrado foi o horizontal com 15 dentes (23%) e o menos encontrado foi distoangular com 4 dentes (6%). Para os casos que não foram complementados com a Tomografia Computadorizada, encontrou-se os seguintes dados: - o mais encontrado foi o vertical com 75 dentes (60%); o segundo mais encontrado foi mesioangular com 28 dentes (23%); o terceiro mais encontrado foi o horizontal com 14 dentes (11%) e o menos encontrado foi o distoangular com 7 dentes (6%).

Yuasa e Sugiura (2004) avaliaram variáveis pré-operatórias que poderiam influenciar na dor e no inchaço pós-operatório na população japonesa. Quanto à classificação de Pell e Gregory e a respeito da profundidade do terceiro molar em relação ao segundo molar, a posição B foi a mais encontrada com 80 dentes (52,3%). A segunda mais encontrada foi a posição A com 42 dentes (27,5%). A menos encontrada foi a posição C com 31 dentes (20,2%). A respeito da relação do terceiro molar com o ramo mandibular o tipo mais encontrado foi o de Classe II, com 111 dentes (73%). O segundo tipo mais encontrado foi o de Classe I, com 23 dentes (15%). O tipo menos encontrado foi o de Classe III com 19 dentes (12%).

Susarla e Dodson (2005) realizaram um trabalho que visava estimar a dificuldade na extração de terceiros molares. Quanto a relação do 3º molar com o ramo mandibular, a Classe II foi a mais encontrada, com 163 dentes (67,1%). A segunda classe mais encontrada foi a Classe I, com 48 dentes (19,7%) e a classe menos encontrada foi a Classe III, com 32 dentes (13,2%). A respeito da relação do terceiro molar com a superfície oclusal do 2º molar a posição mais encontrada foi a Posição B, com 107 dentes (44,1%). A segunda posição mais encontrada foi a posição A, com 98 dentes (40,3%). A posição menos encontrada foi a posição C com 38 dentes (15,6%).

Sandhu e Kaur (2005) avaliaram 148 terceiros molares mandibulares e determinaram que o terceiro molar que tivesse uma angulação de +10° a -10°, seria classificado como horizontal. O terceiro molar que tivesse uma angulação entre 11° e 70°, seria classificado com

mesioangular. O terceiro molar que tivesse uma angulação entre -11° e -70° , seria classificado como distoangular. Finalmente o terceiro molar que tivesse uma angulação maior que 70° seria classificado como horizontal. Foram encontrados 72 dentes na posição mesioangular (49%), 62 dentes na posição vertical (42%) e 14 dentes na posição distoangular (9%).

Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007) classificaram variáveis pré-operatórias a fim de avaliar fatores de risco associados com a dificuldade cirúrgica na extração de terceiros molares mandibulares impactados. Dentre estas variáveis estavam presentes:

Nível oclusal: o nível do plano oclusal do terceiro molar comparado com o segundo molar. Cada classificação recebia um valor. Eram classificados em: Alto (recebia o valor 1) - quando a parte mais alta da coroa do terceiro molar está acima ou no mesmo nível da coroa do segundo molar; Médio (recebia o valor 2) – quando a parte mais alta da coroa do terceiro molar está mais baixa que a do segundo molar, porém mais alta que a junção amelo-cementária do mesmo, e Baixo (recebia o valor 3) – quando a parte mais alta da coroa do terceiro molar está mais baixa que a junção amelo-cementária do segundo molar.

Relação com ramo mandibular/espço disponível. Cada classificação recebia um valor. Eram classificados em: classe 1 (recebia o valor 1)- espaço suficiente entre o terceiro molar e o ramo mandibular; classe 2 (recebia valor 2)- espaço reduzido entre terceiro molar e o ramo mandibular e classe 3 (recebia valor 3) – ausência de espaço entre e o terceiro molar e o ramo mandibular.

Ângulo de impacção: o ângulo (medido por um transferidor) era formado entre a intersecção do longo eixo do segundo e terceiro molar. Cada classificação recebia um valor. Eram classificados em: vertical (recebia o valor 3) – quando este ângulo media de 10° a -10° ; mesioangular (recebia valor 1) – quando este ângulo media de 11° a 79° ; distoangular (recebia o valor 4) – quando este ângulo media de -11° a -79° e horizontal (recebia valor 4) – quando este ângulo media de 111° a -80° . Após todos os valores serem anotados estabelecia-se um **índice de dificuldade**, que era classificado em: muito difícil, quando os valores variavam de 7 a 10; moderadamente difícil, quando os valores variavam de 5 a 6 e ligeiramente difícil, quando os valores variavam de 3 a 4. Sessenta extrações (66,7%), foram classificadas como ligeiramente difícil, 25 extrações (27,8%), foram classificadas como moderadamente difícil e 5 (5,5%) foram classificadas como muito difícil.

Almendros-Marques et al. (2008) analisaram 40 terceiros molares inferiores impactados e assintomáticos, e quanto à classificação de Pell e Gregory o grupo de maior incidência foi o IIB, com 24 dentes (60 %), seguido do IIA, com 13 dentes (32,5%), IIIB com 2 dentes (5%) e IIIA com 1 dente (2,5%). Quanto a classificação de Winter o grupo de maior incidência foi mesioangular, com 15 dentes (37,5%), seguido do vertical, com 14 dentes (35%), distoangular, com 6 dentes (15%) e horizontal, com 5 dentes (12,5%).

Genú e Vasconcelos (2008), usando a classificação de Pell e Gregory em 50 dentes mesioangulados reportaram que destes, 5 eram classe I (10%) e os outros 45 (90%) eram classe II. Em relação a profundidade do terceiro molar foi achado 35 dentes (70%) na posição A e 15 (30%) na posição C.

Gomes et al. (2008) examinaram 260 terceiros molares em 153 pacientes quanto à classificação de Winter o grupo de maior incidência foi o mesioangular, com 159 dentes (61,16%). O segundo grupo de maior incidência foi o vertical, com 100 dentes (38,46%). O tipo menos encontrado foi o distoangular com 1 dente (0,38%).

Polat et al (2008) em estudo realizado com 1914 radiografias panorâmicas e 3050 terceiros molares mandibulares impactados na população turca, encontrou, em relação a classificação de Winter, 1506 dentes (49,4%) na posição vertical, 883 dentes (28,9%) na posição mesioangular, 559 dentes (18,3%) na posição horizontal, 84 (2,8%) dentes na posição distoangular e 18 dentes (0,6%) na invertidos. Quanto à classificação de Pell e Gregory (relação entre o terceiro e o segundo molar) foram encontrados 1624 dentes (53,2%) posição A, 1049 dentes (34,4%) posição B e 377 dentes (12,4%) posição C.

Akarslan e Kocabay (2009) avaliaram a similaridade entre os terceiro molares mandibulares do lado direito e do lado esquerdo no que diz respeito a patologias, posições e angulações. A respeito da posição do terceiro molar em relação ao ramo mandibular o tipo de Classe II, foi o mais encontrado com 105 dentes (52,5%) em relação ao dente 38 e 112 dentes (56%) em relação ao dente 48. O segundo grupo mais encontrado foi o de Classe I, com 87 dentes (43,5%) em relação ao dente 38 e 79 dentes (39,5%) em relação ao dente 48. O grupo menos encontrado foi o de Classe III, com 8 dentes (4%) em relação ao dente 38 e 9 dentes (4,5%) em relação ao dente 48.

Akarslan e Kocabay (2009) avaliaram, ainda, a posição do terceiro molar em relação a superfície oclusal do segundo molar, sendo que a posição mais encontrada foi a posição A,

com 102 dentes (51%) em relação ao dente 38 e 87 dentes (43,5%) em relação ao dente 48. A segunda posição mais encontrada foi a de posição B, com 80 dentes (40%) em relação ao dente 38 e 88 dentes (44%) em relação ao dente 48. A posição menos encontrada foi a de posição C, com 18 dentes (9%) em relação ao dente 38 e 24 dentes (12,5%) em relação ao dente 48.

Thangavelu, Yoganandha e Vaidhyanathan (2010), analisaram 520 dentes e, quanto a classificação de Winter, a posição mais encontrada foi a mesioangular, com 250 dentes (48%). A segunda posição mais encontrada foi a vertical, com 151 dentes (29%) e a terceira posição mais encontrada foi a distoangular, com 75 dentes (14%), enquanto que a posição menos encontrada foi a horizontal, com 35 dentes (6%). Quanto a classificação de Pell e Gregory e, a respeito da posição do terceiro molar em relação ao ramo mandibular, o grupo mais encontrado foi o de Classe I, com 234 dentes (45%). O segundo grupo mais encontrado foi o de Classe II, com 188 dentes (32%), enquanto que o grupo menos encontrado foi o de Classe III, com 98 dentes (19%). A respeito da posição do terceiro molar em relação à superfície oclusal do segundo molar, a posição mais encontrada foi a de posição A, com 218 dentes (42%). A segunda posição mais encontrada foi a de posição B, com 197 dentes (38%). A posição menos encontrada foi a de posição C, com 105 dentes (20%).

Lübbers et al. (2010) avaliaram a anatomia de 707 terceiros molares impactados, utilizando radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada e quanto a classificação de Winter a posição mesioangular foi a mais encontrada, com 284 dentes (40,2%), seguida da vertical, com 205 dentes (29,0%), horizontal, com 98 dentes (13,9%), distoangular, com 72 dentes (10,2%) e transversal com 48 dentes (6,7%).

2.2 Considerações sobre as raízes dos terceiros molares mandibulares e sua importância na cirurgia

Como o terceiro molar é o último dente da série dos molares a se formar, este tem sido associado com uma grande variação do padrão radicular (PINEDA; KUTTLER, 1972; GREEN, 1973).

A maioria dos primeiros e segundos molares na população caucasiana tem duas raízes, com dois canais mesiais e um distal. A variação principal deste grupo é a existência do primeiro molar mandibular com três raízes (GULABIVALA et al., 2001). A frequência do primeiro molar mandibular com 3 raízes, na população caucasiana, é de menos de 5%. No entanto, nas populações que possuem traços mongolóides, tais como chineses, esquimós e população indígena Americana, isto ocorre com uma frequência maior do que 40%. A raiz adicional é geralmente localizada lingualmente (SPERBER; MOREAU, 1998). Em terceiros molares, a ocorrência desta raiz adicional é difícil (TRATMAN, 1938).

Em pesquisa envolvendo 932 terceiros molares impactados, van Gool (1975) reportou uma discrepância entre os achados visualizados na radiografia e o que podia ser observado clinicamente (pós-extração). As radiografias de terceiros molares impactados eram observadas e as curvaturas radiculares acentuadas (dilacerações) eram registradas. Esta porcentagem foi de 9,1%. Estes mesmos dentes foram extraídos posteriormente e, a porcentagem de curvaturas acentuadas verificadas após as exodontias, foi de 19,6%, sendo, portanto um pouco maior do que o dobro do que foi observado radiograficamente.

Westesson e Carlsson (1980) realizaram um estudo que visava comparar a posição radiográfica de terceiro molares mandibulares com as observações clínicas dos mesmos. Nesse trabalho foram examinados radiograficamente 44 dentes que posteriormente foram extraídos. As radiografias eram realizadas utilizando três tomadas intra-orais diferentes (isométrica, sobre-axial com uma angulação horizontal de + 10° e -10° e axial com uma angulação no plano vertical de -90°). Dos 44 dentes examinados, 38, não mostraram diferença entre a anatomia do dente e o achado radiográfico prévio. Os dentes que foram mal interpretados, os foram nos seguintes aspectos: o grau de fusão entre as raízes não apareceu nas radiografias; dilacerações radiculares que eram paralelas, ou quase paralelas a direção do feixe, geralmente não eram bem demonstradas nas radiografias.

Santamaría e Artegoitia (1997) realizaram um estudo que tinha como intenção verificar quais aspectos anatômicos, observados em radiografias panorâmicas eram importantes para determinar a dificuldade cirúrgica na extração de terceiros molares inferiores. Com relação as raízes foram instituídas classificações quanto a curvatura das raízes (padrão radicular), largura das raízes e quanto ao comprimento das raízes. Quanto ao padrão radicular, o grupo mais encontrado foi o de raiz reta unirradicular, com 59 dentes (59%), o segundo grupo mais encontrado foi o de raiz curva multirradicular, com 17 dentes (17%). O terceiro grupo mais encontrado foi o de raiz reta multirradicular, com 15 dentes (15%). O grupo menos encontrado foi o de raiz curva unirradicular, com 9 dentes (9%) Quanto à largura da raiz, o grupo mais encontrado foi o grupo classificado como menor do que o dente referência, com 76 dentes (76%). O segundo grupo mais encontrado foi o grupo classificado como igual a dente referência, com 17 dentes (17%). O grupo menos encontrado foi o grupo classificado como maior que o dente referência, com 7 dentes (7%). Quanto ao comprimento da raiz o grupo mais encontrado foi o grupo classificado como maior que a metade do dente referência com 53 dentes (53%). O segundo grupo mais encontrado foi o grupo classificado como igual ou menor que metade do dente referência, com 38 dentes (38%). O grupo menos encontrado foi o grupo classificado como igual ao dente referência, com 9 dentes (9%).

Segundo Peterson (2000, p. 230), a forma da raiz representa parte muito importante para determinar o grau de dificuldade na remoção do dente impactado. A época ideal para se fazer a remoção de um dente impactado é quando sua raiz completou de um a dois terços de sua formação. Nessa época o ápice radicular se encontra arredondado e quase nunca fratura durante o ato operatório. Se o dente não for removido enquanto estiver em estágio de formação radicular e sua raiz desenvolver-se em todo seu comprimento, aumentam as possibilidades de ocorrerem alterações anormais da morfologia radicular, e, conseqüentemente, também as possibilidades de fratura do ápice nas extrações. Se o desenvolvimento da raiz for insuficiente (isto é, menos de um terço completo), o dente é mais difícil de ser removido, pois ele tende a girar dentro do alvéolo o que impede sua apreensão e fácil remoção. É enfatizado, ainda, que outro fator a ser avaliado é se existe fusão radicular, formando uma raiz cônica, ou se elas estão separadas formando raízes distintas. As raízes fusionada cônicas são mais fáceis de serem removidas do que as raízes muito separadas.

A curvatura das raízes dentárias também desempenha papel importante na dificuldade das extrações. Raízes muito curvas ou dilaceradas são de mais difícil remoção do que as retas ou ligeiramente curvas. O cirurgião deve examinar a região de ápice cuidadosamente na

radiografia para observar a presença de raízes anormais, afiladas em forma de gancho, que podem fraturar, caso o cirurgião não tome cuidados especiais (Peterson, 2000).

Stephanie et al. (2000) avaliaram a morfologia dos canais radiculares em terceiro molares superiores e inferiores. Dos 150 molares inferiores avaliados, 115 dentes (77%) apresentavam duas raízes, 25 dentes (17%) apresentavam 1 raiz, 8 dentes (5%) apresentavam 3 raízes e 2 dentes (1%) apresentavam 4 raízes.

Gulabivala et al. (2001) , em estudo que avaliava a morfologia dos canais e das raízes em molares mandibulares, analisaram 58 terceiros molares mandibulares, sendo que destes, 53,4 % tinham duas raízes separadas e 46,6% tinham raízes fusionadas. A maioria dos primeiros e segundos molares na população caucasiana tem duas raízes, com dois canais mesiais e um distal.

Gulabivala et al. (2002) realizaram um estudo que visava determinar a morfologia radicular e dos canais em 351 molares permanentes coletados da população indígena tailandesa. Em 173 terceiros molares avaliados 68% tinham duas raízes separadas, 21% tinham raízes fusionadas e 11% tinham uma raiz.

Yuasa , Kawai e Sugiura (2002) classificaram radiograficamente as raízes de terceiros molares quanto a sua curvatura em: reta , curva e incompleta. Ainda neste trabalho classificou as raízes quanto à sua largura em: fina, bulbosa, grossa (múltiplas raízes) ou incompleta; e quanto ao número de raízes em: simples, múltipla e incompleta. Enfim, tem-se dificuldade na extração de terceiros molares mandibulares impactados quando ocorrer: posição 3, classe C, uma raiz bulbosa ou uma combinação desses fatores vistos na radiografia panorâmica. Quanto à largura das raízes, o tipo fina foi o mais encontrado, com 23 dentes (52%). O segundo tipo mais encontrado foi o tipo bulbosa, com 12 dentes (27%). O terceiro tipo mais encontrado foi o tipo grossa (múltiplas raízes) com 7 dentes (16%). O tipo menos encontrado foi o tipo incompleta, com 2 dentes (5%). Quanto a curvatura das raízes o tipo raiz curva, foi o mais encontrado, com 26 dentes (59%). O segundo tipo mais encontrado foi o tipo raiz reta com 16 dentes (36%). O tipo menos encontrado foi o tipo raiz incompleta com 2 dentes (5%). Quanto ao número de raízes o tipo mais encontrado foi o múltiplas, com 34 dentes (77%), seguido do tipo simples, com 8 dentes (18%) e do tipo incompletas, com 2 dentes (5%).

Bell et al. (2003), determinaram a acurácia da radiografia panorâmica em detectar curvaturas das raízes de terceiro molares inferiores e sua associação com o canal mandibular.

Neste estudo realizados com 219 pacientes, em 300 dentes extraídos foram encontradas 598 raízes, sendo que destas, 253 eram curvas. Este trabalho indicou que a radiografia panorâmica é razoavelmente específica mas tem pouca sensibilidade para detectar curvatura de terceiros molares mandibulares. Além disso a radiografia panorâmica é boa para indicar dilacerações, mas não para excluí-las. Este estudo indicou ainda, que a radiografia panorâmica não é nem específica, nem sensitiva para detectar a proximidade das raízes do terceiro molar com o canal mandibular. Reportaram ainda que, se quisermos afirmar que uma raiz com uma dilaceração mais severa pode causar maior complicações trans-operatórias, não basta apenas verificar se ela tem curvatura ou não. Essa curvatura tem que ser identificada quanto a severidade (podendo ser em graus menor ou igual a 30°, maior ou igual a 30°). Esta análise demonstraria que a acurácia da radiografia panorâmica é maior em detectar as curvaturas ou dilacerações clinicamente significantes do que as para detectar as que não são clinicamente significantes.

Better et al. (2004), além de avaliarem a angulação dos terceiro molares inferiores, avaliaram, ainda a angulação das raízes destes, onde este ângulo era formado por uma linha perpendicular a superfície oclusal do terceiro molar e por outra linha que vai desde a porção cervical da raiz até o seu ápice. Quanto aos dentes que foram analisados apenas com radiografia panorâmica e, em relação a angulação das raízes, encontrou-se a seguinte prevalência: $> 90^\circ = 0$; entre 45° e $90^\circ = 11$ dentes (9%); entre 0° e $45^\circ = 43$ dentes (35%); $0^\circ = 75$ dentes (60%). Quanto aos casos que foram complementados por exame de Tomografia Computadorizada, encontrou-se a seguinte prevalência: $>90^\circ = 2$ dentes (4%); entre 45° e $90^\circ = 10$ dentes (15%); entre 0° e $45^\circ = 22$ dentes (33%); $0^\circ = 31$ dentes (48%).

Susarla e Dodson (2005) avaliaram a habilidade de alguns clínicos estimarem corretamente a dificuldade cirúrgica na extração de terceiros molares. Em relação as raízes dos terceiros molares, foi avaliada a proximidade da raiz em relação ao canal mandibular, sendo que os dentes eram classificados em distante, em contato e cruzando. O grupo distante foi o mais encontrado com 75 dentes (56,4%). O segundo grupo mais encontrado foi o em contato, com 42 dentes (31,6%). O grupo menos encontrado foi o cruzando com 16 dentes (12%).

Gbotolorun, Arotiba e Ladende (2007) classificaram variáveis pré-operatórias afim de avaliarem fatores de risco associados com a dificuldade cirúrgica na extração de terceiros molares mandibulares impactados. Dentre estas variáveis estavam presentes o **número de raízes**: onde os dentes eram classificados em 1 raiz fusionada, 2 raízes e 3 ou mais raízes; **curvatura das raízes**: onde era avaliado o longo eixo das raízes em relação a raiz do segundo

molar, sendo as mesmas classificadas em raízes incompletas , raízes retas, raízes favoráveis (quando as raízes estão curvadas na mesma direção e trajetória de elevação), raízes desfavoráveis (quando as raízes ou estavam curvadas na direção oposta ou contra a trajetória de elevação); **relacionamento da raiz com o canal alveolar inferior**, onde eram classificadas em: sem contato (quando a raiz em seu ponto mais próximo está mais do que 2 mm de distância do canal), próximo (quando o ponto mais próximo está a 2 mm do canal, mas não existe contato) e contato (quando existe alguma relação entre a raiz e o canal, como por exemplo um contato, sobreposição); **bulbosidade das raízes** , onde era avaliada a proporção entre a medida mesiodistal e cervical e o ponto mais amplo ao longo da raiz do dente impactado, sendo as mesmas classificadas em bulbosa (quando a proporção era < 1) e não bulbosa (quando a proporção era ≥ 1); **interface do espaço periodontal radicular**, onde eram classificadas em: claro (quando o espaço periodontal era visível ao redor do dente), pouco claro (quando o espaço periodontal era claro em alguns pontos) e esclerosado (quando o espaço periodontal não era visível ao redor do dente). Após a classificação das variáveis foram realizadas as extrações dos dentes analisados previamente nas radiografias panorâmicas, sendo que destas extrações 6 (68,8%) foram classificadas como fáceis, 25 (25,6%) foram classificadas como moderadamente difícil e 5 (5,6%) foram classificadas como muito difíceis.

Szalma et al. (2010) avaliaram o valor prognóstico da radiografia panorâmica em prever danos ao nervo alveolar inferior. Foi feito um estudo retrospectivo de 400 casos. Em 41 destes casos os pacientes tiveram parestesia pós-operatória do nervo alveolar inferior. Em 359, os pacientes não a tiveram. Como sinais que poderiam prever ao dano ao nervo alveolar inferior foram quantificados os seguintes achados radiográficos: **Curvatura da raiz**, onde as mesmas eram classificadas em: menor que 45° - sendo encontrados 243 dentes (61%), entre 45° e 90° - sendo encontrados 108 dentes (27%) e maior que 90° - sendo encontrados 49 dentes (12%); **Extensão da ponta da raiz sobre o canal alveolar inferior**, onde as mesmas eram classificadas em: sem ligação - sendo encontrados 58 dentes (15%), contato direto com o limite superior do canal - sendo encontrado 56 dentes (14%), sobrepostas - com 233 dentes (58%) e ponta da raiz abaixo da cortical inferior do canal - com 46 dentes (11%), relação não é clara - sendo encontrado 7 dentes (2%).

Lübbers et al. (2010) avaliaram a anatomia de terceiros molares (num total de 707 dentes) impactados utilizando radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada e, quanto ao número de raízes o grupo que mais encontrado foi o 2 raízes, com 569 dentes

(80,5%). O segundo grupo mais encontrado foi o de 3 raízes, com 83 dentes (11,7%). O terceiro grupo mais encontrado foi o de 1 raiz, com 44 dentes (6,2%). O grupo menos encontrado foi o de 4 raízes com 11 dentes (1,6%).

Tendo em vista a grande influência que a classificação da posição do terceiro molar mandibular, bem como a de suas raízes exercem sobre o planejamento cirúrgico, torna-se válido verificar qual o tipo de terceiro molar inferior retido que mais frequente e verificar o(s) tipo(s) de raízes de maior frequência na população bauruense através da análise de radiografias panorâmicas digitalizadas.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é verificar qual a posição dos terceiros molares inferiores mais freqüente e verificar o(s) tipo(s) de raízes mais freqüente(s) por meio da análise de radiografias panorâmicas digitais indiretas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

Na amostra foram incluídas radiografias panorâmicas que apresentavam terceiros molares inferiores retidos (simetricamente ou não) com total formação radicular e escolhidas aleatoriamente. Foram utilizadas radiografias que pertenciam ao banco de dados do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Todas as radiografias panorâmicas eram digitais indiretas. As radiografias foram digitalizadas usando o scanner HP SCANJET G4050 e realizadas em aparelho Villa Sistemi Medicalli, (modelo Rotograph Plus), com o tubo emissor de raio x da marca FIAD SpA – 20094 Trezzano S/NAviglio Itália. Este aparelho possui tensão máxima de 85 kVp e corrente máxima de 10 mA. O tempo máximo de exposição foi de 17 segundos. As radiografias foram armazenadas sob a forma de arquivos jpeg, sendo armazenadas e visualizadas no computador da marca ACER®, com o sistema operacional Micorsoft Windows XP, versão 2006. E, foram analisadas usando o software Windows Picture and Fax Viewer, onde estavam presente recursos como mudança de contraste e zoom. Estas radiografias foram analisadas na sala de interpretação radiográfica do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, com ausência de luminosidade artificial.

Foram observados nas radiografias panorâmicas, os terceiros molares inferiores retidos. Para cada dente foram anotadas as seguintes variáveis:

Quadrante: Sendo classificado como sendo o dente 38 ou o dente 48

Gênero: Sendo classificado como sendo do gênero masculino ou gênero feminino

Classificação de Pell & Gregory: Sendo classificado como sendo da posição 1A,1B,1C,2A,2B,2C,3A ,3B,3C

Classificação de Winter: Sendo classificado em mesioangular, vertical, distoangular, horizontal, invertido.

Quantidade de raízes: Sendo classificado como 1,2 ou 3

Dilaceração radicular: Sendo classificada em mesial,mesial em gancho,distal, distal em gancho,mesial e distal, mesial e distal em gancho e ausente

Fusão radicular: Sendo classificada em presente ou ausente

Divergência radicular: Sendo classificada em presente ou ausente

Tipo de raiz: simples,hipercementose,uniradicular cônica, filiforme, simples e canal mandibular, hipercementose e canal mandibular , anômala

Participaram da análise 2 examinadores, sendo um aluno do mestrado e o outro aluno do Doutorado da disciplina de Estomatologia (Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas) da Faculdade de Odontologia de Bauru FOB-USP .Em seguida foi realizado o teste Kappa (a fim de verificar a porcentagem de concordância entre examinadores) para as variáveis classificação de Pell e Gregory, classificação de Miller & Winter, quantidade de raízes, dilaceração radicular, fusão radicular, divergência radicular e tipo de raiz ,fazendo-se uso do software Microsoft Excel Kappa_Geral _5000.

Quanto a classificação de Pell & Gregory obteve-se:

Classe I : existe espaço suficiente distalmente ao segundo molar para o terceiro molar irromper;

Figura1 - Terceiro molar mandibular classificado como Classe I de Pell & Gregory.

Classe II: dente parcialmente irrompido no qual a porção distal da coroa do terceiro molar é coberta pelo osso do ramo ascendente

Figura 2- Terceiro molar mandibular classificado como Classe II de Pell & Gregory.

Classe III: a coroa do terceiro molar está completamente dentro do osso;

Figura 3- Terceiro molar mandibular classificado como Classe III de Pell & Gregory.

Posição A: a coroa do dente impactado está no mesmo plano oclusal do segundo molar ou sobre este plano;

Figura 4 - Terceiro molar mandibular classificado como Posição A de Pell & Gregory.

Posição B: a coroa do terceiro molar está entre a linha oclusal e a linha cervical do segundo molar

Figura 5- Terceiro molar mandibular classificado como Posição B de Pell & Gregory.

Posição C: a coroa do terceiro molar está abaixo da linha cervical do segundo molar.

Figura 6- Terceiro molar mandibular classificado como Posição C de Pell & Gregory.

Em relação a classificação de Winter os dentes foram classificados tomando como referência o longo eixo do terceiro molar retido em relação ao longo eixo do segundo molar. O dente que estava inclinado em relação ao segundo molar em sentido mesial foi classificado como **mesioangular**.

Figura 7 - Terceiro molar mandibular classificado como posição mesioangular de Winter.

O dente cujo longo eixo seguir o mesmo sentido do longo eixo do segundo molar foi classificado como **vertical**.

Figura 8 - Terceiro mola mandibular r classificado como posição vertical de Winter.

Quando a impacção mesioangular foi muito severa a ponto do dente estar em posição horizontal este foi classificado como **horizontal**.

Figura 9 - Terceiro molar mandibular classificado como posição horizontal de Winter.

Quando o longo eixo do terceiro molar estava distal ou posteriormente angulado em relação ao segundo molar este foi classificado como **distoangular**.

Figura 10 - Terceiro molar mandibular classificado como posição distoangular de Winter.

Quanto as características das raízes foram avaliadas a quantidade de raízes; sendo portanto classificadas em:

a) 1 raiz

Figura 11 - Terceiro molar mandibular com 1 raiz.

b) 2 raízes

Figura 12 - Terceiro molar mandibular com 2 raízes.

c) 3 raízes

Figura 13 - Terceiro molar mandibular com 3 raízes

Foi avaliada a presença de dilaceração radicular e esta classificada quanto a sua ocorrência na raiz distal, mesial, ambas ou em forma de gancho quando o ápice radicular formar um ângulo menor ou igual a 90° com o longo eixo da raiz.

a) Mesial

Figura 14 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial.

b) mesial em gancho

Figura 15 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial na forma de gancho.

c) distal

Figura 16 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz distal

d) distal em gancho

Figura 17 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz distal na forma de gancho.

e) mesial e distal

Figura 18 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial e na raiz distal.

f) mesial e distal em gancho

Figura 19 - Terceiro molar mandibular com presença de dilaceração na raiz mesial e na raiz distal em forma de gancho

g) ausente

Figura 20 - Terceiro molar mandibular com ausência (ou sem a presença) de dilaceração radicular.

A fusão radicular será classificada como:

a) presente

Figura 21 - Terceiro molar mandibular com presença de fusão radicular

b) ausente.

Figura 22 - Terceiro molar mandibular com ausência de fusão radicular

A divergência será classificada como

a) presente

Figura 23 - Terceiro molar mandibular com presença de divergência radicular.

c) ausente

Figura 24 - Terceiro molar mandibular com ausência de divergência radicular

Os tipos de raízes foram classificados em

a) simples (raiz convencional cônica)

Figura 25 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo simples (cônica convencional).

b) hipercementose (quando a raiz apresenta uma grande densidade radiográfica, tornando a imagem desta bastante radiopaca)

Figura 26 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo hipercementose

c) filiforme (um tipo de raiz cônica, porém mais afilada no seu longo eixo, com tamanho desproporcional ao resto do dente)

Figura 27 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo filiforme

d) uniradicular cônica (uma raiz robusta de formato cônico onde se vê apenas um canal mandibular, portanto existe apenas uma raiz)

Figura 28 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo uniradicular cônica.

Foi acrescentado na frente destes a classificação de canal mandibular quando as duas corticais do canal mandibular estiverem sobrepostas a estas raízes, tendo assim:

d) simples e canal mandibular

Figura 29 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo simples e canal mandibular.

e)hipercementose e canal mandibular

Figura 30 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo hipercementose e canal mandibular.

e) anômala (quando a raiz não tem uma forma definida)

Figura 31 - Terceiro molar mandibular com a raiz do tipo anômala

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003. Após esta tabulação utilizou-se , a opção de filtro deste software para quantificar as diferentes variáveis. As variáveis classificação de Pell e Gregory, classificação de Winter, quantidade de raízes, dilaceração radicular, fusão radicular, divergência radicular e tipo de raiz, foram quantificadas em número e porcentagem e relacionadas com o dente 38 e 48. A variável quadrante e a variável gênero foram, apenas quantificadas em número.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Avaliaram-se 1205 dentes em 710 radiografias panorâmicas digitais, sendo que 616 dentes eram de pacientes do sexo feminino e 589 dentes eram de pacientes do sexo masculino. Foram observados ainda 600 dentes 38 e 605 dentes 48.

Quanto à classificação de Pell & Gregory e, em relação ao dente 38 o tipo de maior incidência encontrado foi o 1A, totalizando 250 dentes (41,7%). O segundo tipo mais incidente foi o 2B, totalizando 147 dentes (24,5%) e o terceiro tipo mais incidente foi o de 2A, num total de 141 dentes (21,5%). O quarto tipo de maior incidência foi o 1B, totalizando 29 dentes (4,8%). O quinto de tipo de maior incidência foi o 3B, com 17 dentes (2,8%). O sexto tipo de maior incidência foi o 3C num total de 14 dentes (2,3%). E, finalmente o tipo de menor incidência foi o 2C totalizando 2 dentes (0,4%).

Ainda quanto à classificação de Pell & Gregory, agora em relação ao dente 48 o tipo de maior incidência foi o 1A, com 236 dentes (39%). O segundo tipo mais incidente foi o 2B, totalizando 158 dentes (26%). O terceiro tipo de maior incidência foi o 2A, com 148 dentes (24,6%). O quarto tipo mais incidente foi o 1B, com 27 dentes (4,5%). O quinto tipo de maior incidência foi o 3B com 21 dentes (3,5%). O sexto tipo de maior incidência foi o 3C com 13 dentes (2,1%). Concluindo, o tipo de menor incidência foi o 2C com 2 dentes (0,3%). A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 44,06 % , com o kappa=0,37.

Tabela 1 – Distribuição da classificação de Pell & Gregory de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
1A	250 (41,7)	236 (39)	486 (40,3)
1B	29 (4,8)	27 (4,5)	56 (4,6)
2A	141 (23,5)	148 (24,6)	289 (24)
2B	147 (24,5)	158 (26)	305 (25,3)
2C	2 (0,4)	2 (0,3)	4 (0,3)
3B	17 (2,8)	21 (3,5)	38 (3,2)
3C	14 (2,3)	13 (2,1)	27 (2,2)

Gráfico 1- Distribuição da classificação de Pell & Gregory de acordo com os dentes 38 e 48

Legendas: 1A = posição 1A de Pell & Gregory , 1B = posição 1B de Pell & Gregory, 2A = posição 2A de Pell & Gregory , 2B = posição 2B de Pell & Gregory , 2C = posição 2C de Pell & Gregory , 3B = posição 3B de Pell & Gregory e 3C = posição 3C de Pell & Gregory.

Quanto à classificação de Winter e, em relação ao dente 38 , o tipo de maior incidência encontrado foi o mesioangular com 320 dentes (53%). O segundo tipo de maior incidência foi o vertical totalizando 147 dentes (25%). O terceiro tipo de maior incidência foi o horizontal, num total de 119 dentes (23%). O tipo de menor incidência foi o distoangular totalizando 14 dentes (2%). Em relação ao dente 48, o tipo de maior incidência foi o mesioangular com 328 dentes (54%). O segundo tipo de maior incidência foi o vertical totalizando 132 dentes (22%). O terceiro tipo de maior incidência foi o horizontal num total de 129 dentes (21%). O tipo de menor incidência foi o distoangular com 16 dentes (3%). A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 58,20%, com o kappa de 0,49.

Tabela 2 – Distribuição da Classificação de Miller & Winter de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
Distal	14 (2)	16 (3)	30 (2,4)
Horizontal	119 (20)	129 (21)	248 (20,6)
Mesial	320 (53)	328 (54)	648 (53,8)
Vertical	147 (25)	132 (22)	279 (23,2)

Gráfico 2 - Distribuição da classificação Miller & Winter de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: distal = distoangular, horizontal = horizontal , mesial = mesioangular e vertical = vertical

Quanto ao número de raízes e, em relação ao dente 38, a quantidade de maior incidência foi a de 2 raízes, com 587 dentes (98%). A segunda quantidade de maior incidência foi a de 1 raiz, totalizando 11 dentes (1,9%). A quantidade de menor incidência foi a de 3 raízes, num total de 2 dentes (0,1%). Em relação ao dente 48, a quantidade de maior incidência foi a de 2 raízes com 597 dentes (98,7%). A segunda quantidade de maior incidência foi a de 1 raiz, totalizando 7 dentes (1,2%). A quantidade de menor incidência foi a de 3 raízes num total de 1 dente (0,1%). A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 95,92%, com um valor de kappa de 0,81.

Figura 36: Tabela 3- Distribuição do número de raízes de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
1 raiz	11 (1,9)	7 (1,2)	18 (1,5)
2 raízes	587 (98)	597 (98,7)	1184 (98,3)
3 raízes	2 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,2)

Gráfico 3 - Distribuição do número de raízes de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: 1 raiz = dente com 1 raiz , 2 raízes = dente com 2 raízes , 3 raízes = dente com 3 raízes

Quanto à presença de dilaceração radicular e, em relação ao dente 38, a modalidade mais encontrada foi a ausência de dilaceração em 539 dentes (90%). O segundo tipo mais encontrado foi o de dilaceração apenas na raiz mesial totalizando 35 dentes (6%). O terceiro tipo mais encontrado foi o de dilaceração apenas na raiz distal num total de 14 dentes (2%). O quarto tipo de maior incidência foi o de dilaceração em ambas as raízes mesial e distal , num total de 6 dentes (1%). O quinto e sexto tipo de maior incidência foi o de mesial em gancho com 3 dentes (0,5%) e distal em gancho , também com 3 dentes (0,5%). Em relação ao dente 48, a modalidade mais encontrada foi a ausência de dilaceração em 535 dentes (88,5%). O segundo tipo mais encontrado foi o de dilaceração apenas na raiz mesial num total de 26 dentes (4,3%). O terceiro tipo mais encontrado foi o de dilaceração apenas na raiz distal totalizando 25 dentes (4,1%). O quarto tipo de maior incidência foi o de dilaceração em

ambas as raízes mesial e distal, com 13 dentes (2,1%). O quinto tipo de maior incidência foi o distal em gancho num total de 3 dentes (0,5%). O sexto tipo de maior incidência foi o de mesial em gancho com 2 dentes (0,3%). O tipo de menor incidência foi o de mesial e distal em gancho, sendo encontrado em 1 dente (0,2%) o qual não foi encontrado relacionado ao dente 38. A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 61,98% e o valor de kappa foi de 0,52.

Tabela 4 - Distribuição da presença de dilaceração radicular de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
Distal	14 (2)	25 (4,1)	39 (3,2)
Distal em gancho	3 (0,5)	3 (0,5)	6 (0,5)
Mesial	35 (6)	26 (4,3)	61 (5,1)
Mesial e distal	6 (1)	13 (2,1)	18 (1,5)
Mesial e distal em gancho	0	1 (0,2)	1 (0,1)
Mesial em gancho	3 (0,5)	2 (0,3)	5 (0,4)
Ausente	539 (90)	535 (88,5)	1074 (89,2)

Gráfico 4 - Distribuição da presença de dilaceração radicular de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: D = distal , dg = distal em gancho , m = mesial , md = mesial e distal , mdg = mesial e distal em gancho , mg = mesial em gancho e aus =ausente

Em relação à presença de fusão radicular e, em relação ao dente 38 foi encontrado a modalidade mais encontrada foi a ausência de fusão radicular em 489 dentes (81%). A presença de fusão foi encontrada em 111 dentes (19%). Em relação ao dente 48, a modalidade mais encontrada foi a ausência de fusão radicular em 473 dentes (78%). A presença de fusão radicular foi encontrada em 132 dentes (22%). A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 85,11% e o valor de kappa foi de 0,71.

Tabela 5- Distribuição da presença e ausência de fusão radicular de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
Presente	111 (19)	132 (22)	243 (20)
Ausente	489 (81)	473 (78)	962 (80)

Gráfico 5 - Distribuição da presença e ausência de fusão radicular de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: Fusão = presença de fusão e Sem fusão = ausência de fusão

Quanto à presença de divergência radicular, e em relação ao dente 38 a modalidade mais encontrada foi a ausência de divergência radicular em 505 dentes (84%). A presença de divergência radicular foi encontrada em 95 dentes (16%). Em relação ao dente 48, a modalidade mais encontrada foi a ausência de divergência radicular em 502 dentes (83%). A presença de divergência radicular foi encontrada em 103 dentes (17%). A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 86,21%. O valor de kappa foi de 0,72%.

Tabela 6 – Distribuição da presença e ausência de divergência radicular de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
Presente	95 (16)	103 (17)	198 (16)
Ausente	505 (84)	502 (83)	1007 (84)

Gráfico 6 - Distribuição da presença e ausência de divergência radicular de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: Div = presença de divergência e Sem div = ausência de divergência

Quanto ao tipo de raízes e, em relação ao dente 38 o tipo mais encontrado foi o simples, num total de 525 dentes (87%). O segundo tipo mais encontrado foi o filiforme com 24 dentes (4%). O terceiro tipo de maior incidência foi o hipercementose totalizando 19 dentes (3%). O quarto tipo de maior incidência foi o tipo simples e canal mandibular com 12 dentes (2%). O quinto tipo de maior incidência foi o unirradicularcônica, num total de 11 dentes (2%). O sexto tipo de maior incidência foi o anômala com 9 dentes (2%). Em relação ao dente 48 o tipo de maior incidência foi o tipo simples, num total de 546 dentes (90%). O segundo tipo de maior incidência foi o hipercementose, com 24 dentes (4%). O terceiro tipo de maior incidência foi o tipo simples e canal mandibular com 10 dentes (1,7%). O quarto tipo de maior incidência foi o tipo anômala num total de 9 dentes (1,5%). O quinto tipo de maior incidência foi o filiforme, com 8 dentes (1,4%). O sexto tipo de maior incidência foi o

tipo uniradicular cônica, com 7 dentes (1,2%). O tipo de menor incidência foi o tipo hipercementose e canal mandibular com 1 dente (0,2%), sendo que o mesmo não foi encontrado relacionado ao dente 38. A porcentagem de concordância entre examinadores foi de 77,60%, sendo que o valor de kappa foi de 0,65.

Tabela 7 – Distribuição dos tipos de raízes de acordo com os dentes 38 e 48

	Dente 38 n° %	Dente 48 n° %	Total
Anômala	9 (2)	9 (1,5)	18 (1,5)
Uniradicular cônica	11 (2)	7 (1,2)	18 (1,5)
Simple e c.m	12 (2)	10 (1,7)	22 (1,9)
Hipercementose e c.m	0	1 (0,2)	1 (0,1)
Filiforme	24 (4)	8 (1,4)	32 (2,6)
Hipercementose	19 (3)	24 (4)	43 (3,5)
Simple	525 (87)	546 (90)	1071 (88,9)

Gráfico 7 - Distribuição dos tipos de raízes de acordo com os dentes 38 e 48

Legenda: Anl = anômala , Unc = uniradicular cônica , Spls e c.m = simples e canal mandibular , Hip e c.m = hipercementose e canal mandibular , Filif = filiforme Hip = hipercementose e Simp = simples ou cônica convencional

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A cirurgia de terceiros molares retidos representa um tratamento amplamente realizado pela Odontologia. A demanda por esse procedimento cresce a cada dia no mundo. No entanto, para que a mesma transcorra sem maiores problemas, um planejamento pré-operatório adequado deve ser realizado.

A anamnese e o exame clínico fazem parte do planejamento pré-operatório, sendo assim de grande importância para uma cirurgia sem acidentes e complicações. Além destes, a análise radiográfica dos terceiros molares retidos, exerce um papel fundamental na parte mecânica da cirurgia, indicando a realização de osteotomias, odontosecções, instrumental a ser utilizado (alta rotação, peça reta) e proximidades com estruturas anatômicas importantes, etc.

Classificação de Pell e Gregory

Na literatura, o método de classificação de terceiro molares mandibulares mais usado é o de Pell e Gregory (1933). Este método considera a posição do terceiro molar mandibular em relação ao ramo mandibular e a posição da superfície oclusal do terceiro molar em relação a superfície oclusal do segundo molar. Tendo em vista a grande popularidade e aceitação deste método de classificação, o mesmo foi utilizado para classificarmos os terceiros molares mandibulares.

No presente trabalho, para a classificação de Pell e Gregory e, na relação do terceiro molar com o ramo mandibular (**Tabela 1**) o grupo mais encontrado foi o de **Classe II** (com 48,4% em relação ao dente 38 e 50,9% em relação ao dente 48) que está em acordo com trabalhos anteriores (YUASA; SUGIURA, 2004; SUSARLA; DODSON, 2005; ALMENDROS-MARQUES et al., 2008; AKARSLAN; KOCABAY, 2009). O segundo grupo de maior incidência foi o de **Classe I** (com 46,5% em relação ao dente 38 e 43,5% em relação ao dente 48), o que está de acordo com trabalhos anteriores (YUASA; SUGIURA, 2004; SUSARLA; DODSON, 2005; AKARSLAN; KOCABAY, 2009). O grupo de menor incidência foi o de **Classe III** (com 5,1% em relação ao dente 38 e 5,6% em relação ao dente 48), o que está de acordo com trabalhos anteriores (CHIAPASCO; DE CICCIO; MARRONE,

1993; YUASA; SUGIURA, 2004; SUSARLA; DODSON, 2005; ALMENDROS-MARQUES et al., 2008; AKARSLAN; KOKABAY, 2009; THANGAVELU; YOGANADHA; VAIDHYANATHAN, 2010).

Ainda na classificação de Pell e Gregory, avaliando a relação da superfície oclusal do terceiro molar com a superfície oclusal do segundo molar (**Tabela 1**) a **posição A** foi a mais encontrada (com 65,2% em relação ao dente 38 e 63,6% em relação ao dente 48. A segunda posição mais encontrada foi a **posição B** (com 32,1% em relação ao dente 38 e 34% em relação ao dente 48.

Em alguns trabalhos foi relatada uma mínima superioridade da **posição A** em relação a **posição B** (AKARSLAN; KOKABAY, 2009; THANGAVELU; YOGANADHA; VAIDHYANATHAN, 2010). Polat et al. (2008) relata ainda uma maior superioridade de casos classificados como posição A de Pell & Gregory em relação a **posição B** de Pell & Gregory. Porém em outros trabalhos relata-se uma superioridade de casos classificados como posição B em relação à posição A de Pell & Gregory (CHIAPASCO; DE CICCIO; MARRONE, 1993; YUASA; SUGIURA, 2004; SUSARLA; DODSON, 2005; ALMENDROS-MARQUES et al., 2008). O grupo de menor incidência foi o de **posição C** (2,7% em relação ao dente 38 e 2,4% em relação ao dente 48), o que está de acordo com trabalhos anteriores (CHIAPASCO; DE CICCIO; MARRONE, 1993; YUASA; SUGIURA, 2004; SUSARLA; DODSON, 2005; POLAT et al., 2008; AKARSLAN; KOKABAY, 2009; THANGAVELU; YOGANADHA; VAIDHYANATHAN, 2010).

Segundo Peterson (2000, p. 230) a dificuldade cirúrgica se dá a medida que se aumenta a classificação de Pell e Gregory, aumentando assim a quantidade do dente que está dentro do ramo mandibular e, aumentando sua profundidade em relação ao segundo molar. Sendo assim sabe-se que a impactação 3C é a mais difícil de ser solucionada. A impactação 2B é menos difícil de ser solucionada que a 3C, porém mais difícil de ser solucionada que a 1A. No presente trabalho, segundo Peterson (2000, p.230) e, em relação ao dente 38 teríamos 14 casos onde a cirurgia seria considerada muito difícil. No presente trabalho, em relação ao dente 38 teríamos 147 casos onde a cirurgia seria considerada razoavelmente difícil.

Ainda em relação ao dente 38, e segundo Peterson (2000, p.230) teríamos 250 casos onde a cirurgia seria considerada relativamente fácil. Em relação ao dente 48 e segundo Peterson (2000), teríamos 13 casos onde a cirurgia seria considerada muito difícil. Ainda em

relação ao dente 48, teríamos 158 casos onde a cirurgia seria considerada razoavelmente difícil. Finalmente, em relação ao dente 48, e segundo Peterson (2000), teríamos 236 casos onde a cirurgia seria considerada fácil.

Quanto a classificação de Pell e Gregory, o valor de kappa entre examinadores foi 0,37, o que é considerada uma concordância justa (LANDIS, 1977). Devido ao grande número da amostra e de algumas situações, que podem ter duas interpretações diferentes por parte de ambos examinadores, o valor de kappa não pode ser maior. No entanto os resultados encontrados, estão de acordo com a maioria dos artigos presentes na literatura.

Classificação de Winter

Além da classificação de Pell e Gregory (1933), existe uma outra classificação proposta por Winter (1929), que considera a angulação do terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar. Esta, além de ser um grande fator fundamental para predizer a dificuldade cirúrgica, também possui grande aceitação e popularidade, o que nos levou a utilizá-la para classificar os terceiros molares inferiores retidos.

No presente trabalho, em relação à classificação de Winter (**Tabela 2**) o grupo de maior incidência foi o **mesioangular** (com 53% em relação ao dente 38 e 54% em relação ao dente 48) o que está de acordo com trabalhos anteriores (CHIAPASCO; DE CICCIO; MARRONE, 1993; HATTAB et al., 1995; PETERSON, 2000, p. 230; VENTA; TURTOLA; YLIPAAVALNIEMI, 2001; SANDHU; KAUR, 2005; ALMENDROS-MARQUES et al., 2008; GENUÍ; VASCONCELOS, 2008; GOMES et al., 2008; THANGAVELU; YOGANADHA; VAIDHYANATHAN, 2010; LUBBERS et al., 2010). Ainda quanto a classificação de Miller & Winter o segundo grupo mais incidente foi o **vertical**, (com 25% em relação ao dente 38 e 22% em relação ao dente 48) o que está de acordo com trabalhos anteriores (CHIAPASCO; DE CICCIO; MARRONE, 1993; HATTAB et al., 1995; PETERSON, 2000, p. 230; VENTA; TURTOLA; YLIPAAVALNIEMI, 2001; SANDHU; KAUR, 2005; ALMENDROS-MARQUES et al., 2008; GENUÍ; VASCONCELOS, 2008; GOMES et al., 2008; THANGAVELU; YOGANADHA; VAIDHYANATHAN, 2010; LUBBERS et al., 2010).

O terceiro grupo de maior incidência foi o **horizontal**(com 20% em relação ao dente 38 e 21% em relação ao dente 48) o que está de acordo com trabalhos anteriores (POLAT et al., 2008; BETTER et al., 2004; LUBBERS et al.,2010).

O quarto grupo de menor incidência foi o **distal** (com 2% em relação ao dente 38 e 3% em relação ao dente 48) o que está de acordo com trabalhos anteriores (POLAT et al.,2008; BETTER et al., 2004; LUBBERS et al., 2010). Segundo Peterson et al (2000, p. 230), a impactação mesioangular é normalmente mais fácil de ser solucionada quando comparada com os outros tipos básicos de impactação.

Quanto à classificação de Winter, o valor de kappa entre examinadores foi de 0,49, que é considerado como sendo uma concordância moderada (LANDIS, 1977). Esta concordância foi maior do que a obtida na classificação de Pell & Gregory, possivelmente porque esta classificação leva em conta apenas do a angulação do terceiro molar em relação ao segundo molar, enquanto que na de Pell e Gregory, a posição do terceiro molar mandibular em relação ao ramo mandibular, e a posição do terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar fazem parte desta classificação.

Além da posição terceiro molar mandibular como um todo, principalmente quando se trata de mandíbula, as raízes deste dente constituem parte fundamental no planejamento cirúrgico. Como o osso da mandíbula é mais cortical que o da maxila, ou seja mais denso, a presença de dilacerações radiculares, divergências radiculares, fusão radicular, além do número e tipo de raízes devem ser considerados para um planejamento cirúrgico mais eficaz.

Na literatura existem poucos trabalhos que se preocupam em quantificar e qualificar as características radiculares dos terceiros molares mandibulares. Como estas características guiam o procedimento cirúrgico, principalmente na mandíbula, torna-se válido analisar estas características em terceiros molares mandibulares.

Número de raízes

No presente trabalho, com relação ao número de raízes (**Tabela 3**) a quantidade de maior incidência foi a de **2 raízes** (com 587 dentes (98%) em relação ao dente 38 e 597 dentes (98,7%) em relação ao dente 48) o que está de acordo com a literatura (STEPHANIE et al., 2000; GULAVIBALA et al., 2002; YUASA; KAWAI, 2002; LUBBERS et al ., 2010). O

segundo número de raízes de maior incidência foi o de **1 raiz** (com 11 dentes (1,9%) em relação ao dente 38 e 7 dentes (1,2%) em relação ao dente 48) o que está de acordo com (STEPHANIE et al., 2000; YUASA; KAWAI, 2002). O grupo de menor incidência foi o de **3 raízes** (com 2 dentes (0,1%) em relação ao dente 38 e 3 dentes (0,1%) em relação ao dente 48) o que está de acordo com Stephanie et al. (2000).

Quanto ao número de raízes, o valor de kappa entre examinadores foi de 0,81 , o qual é considerado como sendo uma concordância substancial (LANDIS, 1977). Devido a facilidade de localização e quantificação das raízes, este valor pôde ser alto.

Dilaceração radicular

Em relação à presença de dilaceração radicular (**Tabela 4**) o tipo de dilaceração de maior incidência foi o **ausente** (com 539 dentes (90%) em relação ao dente 38 e 535 dentes (88,5%) em relação ao dente 48) o que está de acordo com alguns trabalhos anteriores (SANTAMARIA; ARTEGOITIA, 1997; BELL et al., 2003). O segundo tipo de maior incidência foi o **mesial** (com 35 dentes (6%) em relação ao dente 38 e 26 dentes (4,3%) em relação ao dente 48). O terceiro tipo de maior incidência foi o **distal** (com 14 dentes (2%) em relação ao dente 38 e 25 dentes (4,1%) em relação ao dente 48). O quarto tipo de maior incidência foi o **mesial e distal** (com 6 dentes (1%) em relação ao dente 38 e 13 dentes (2,1%) em relação ao dente 48). O quinto e sexto tipo de maior incidência, respectivamente em relação ao dente 38 foram o **distal em gancho** com 3 dentes (0,5%) e **mesial em gancho** com 3 dentes (0,5%). O quinto e sexto tipo de maior incidência, respectivamente em relação ao dente 48 foram o **distal em gancho** com 3 dentes (0,5%) e **mesial em gancho** com 2 dentes (0,3%). O tipo de menor incidência foi o **mesial e distal em gancho** com (nenhum dente em relação ao dente 38 (0) e 1 dente (0,2%) em relação ao dente 48).

Segundo Winter (1926) não é incomum encontrar um caso onde a raiz mesial está inclinada distalmente e a raiz distal é reta (ou não apresenta curvatura). Além disso esta condição é o tipo mais comum dentre os tipos de dilacerações. Além disso a curvatura distal da raiz mesial e a raiz distal reta numa impactação vertical não permitirá que o dente seja jogado para a região distal com o extrator. A técnica de extração, neste caso, deve ser executada de modo a evitar a fratura da raiz distal reta, que esta sujeita a ocorrer quando o dente é direcionado muito distalmente.

Winter (1926) relata que também não é incomum encontrar casos onde a raiz mesial está inclinada distalmente e a raiz distal está inclinada mesialmente. Neste tipo de dilaceração e quando a impaction é vertical, uma atenção especial deve ser dada a grau de curvatura das raízes, sendo esta a condição que irá reger em grande parte a medida em que o operador pode direcionar a coroa distalmente. O objetivo neste caso, é direcionar o dente distalmente de modo que ele vença a resistência do septo, mas não a ponto de produzir fratura da coroa ou raiz. Quando o dente está angulado, o procedimento é praticamente o mesmo de quando o dente está em posição vertical.

Quando o dente está na posição horizontal, a resistência apresentada pela formação radicular não terá o efeito de mudar a direção dos movimentos de extração. Segundo Winter (1926), casos em que a raiz mesial é reta e a raiz distal está inclinada mesialmente não são um achado frequente na prática. Neste caso as posições de ambas as raízes, com seus respectivos septos, são fatores a serem considerados, especialmente se as raízes forem longas.

Winter (1926) afirma que casos onde ambas as raízes mesial e distal tenham inclinação mesial é uma ocorrência rara. Este tipo de formação radicular, se encontrado numa impaction vertical seria extremamente raro, mas pode estar presente numa impaction mesioangular, e é raramente encontrado numa impaction distoangular. Porém, ocasionalmente ocorre numa impaction horizontal.

Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007) relacionaram o tipo de curvatura das raízes com a dificuldade cirúrgica obtendo os seguintes dados: Para as raízes incompletas 100% dos casos foram classificados como cirurgia fácil. Para as raízes retas 53,8% dos casos foram classificados como cirurgia fácil, 42,3% como cirurgia moderadamente difícil e 3,8% como cirurgia muito difícil. Para as raízes curvadas favoravelmente 47,4% dos casos foram classificados como cirurgia fácil, 42,1% dos casos foram classificados como cirurgia moderadamente difícil e 10,5% dos casos foram classificados como cirurgia muito difícil. Para as raízes curvadas desfavoravelmente 14,3% dos casos foram classificados como cirurgia fácil, 57,1% como cirurgia moderadamente difícil e 28,6% como cirurgia muito difícil.

No presente trabalho em relação ao dente 38 os casos menos severos de curvaturas ou dilacerações totalizaram 9%, enquanto os casos mais severos (em gancho) totalizaram 1% do total de dentes avaliados. Quanto ao dente 48 os casos menos severos de curvatura radicular totalizaram 10,5%, enquanto que os mais severos (em gancho) totalizaram 1%. Com relação

ao dente 38, 6 casos apresentaram dilaceração severa. Se esses dentes fossem extraídos poderíamos esperar, segundo Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007) aproximadamente 1 caso de cirurgia fácil, 4 casos de cirurgia moderadamente difícil e 1 caso de cirurgia muito difícil. Com relação ao dente 38, 54 casos apresentaram dilacerações ou curvaturas menos severas. De acordo com Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007) 26 casos seriam classificados como cirurgia fácil, 22 casos como cirurgia moderadamente difícil e 6 casos como cirurgia muito difícil. Ainda, com relação ao dente 38, 540 dentes apresentaram raízes retas. Segundo Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007), se estes esses dentes fossem extraídos 290 casos seriam classificados como cirurgia fácil, 228 como cirurgia moderadamente difícil e 22 como cirurgia muito difícil.

Quanto ao dente 48 , 6 casos apresentaram dilaceração severa. Se esses dentes fossem extraídos poderíamos esperar, segundo Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007) aproximadamente 1 caso de cirurgia fácil, 4 casos de cirurgia moderadamente difícil e 1 caso de cirurgia muito difícil.

Com relação ao dente 48 , 64 dentes apresentaram dilacerações ou curvaturas menos severas. De acordo com Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007), se esses dentes fossem extraídos , 30 casos seriam classificados como cirurgia fácil, 27 casos seriam classificados como cirurgia moderadamente difícil e 7 casos, como sendo de cirurgia muito difícil. Ainda, com relação ao dente 48, 535 dentes apresentaram raízes retas. De acordo com Gbotolorun, Arotiba e Ladeinde (2007), se esses dentes fossem extraídos, 288 casos seriam considerados como cirurgia fácil, 226 casos seriam classificados como sendo cirurgia moderadamente difícil e 21 casos seriam classificados como sendo cirurgia muito difícil.

Szalma et al. (2010) não qualificaram as dilacerações radiculares em mesial, distal ou ambas. No entanto as curvaturas foram qualificadas quanto ao ângulo, sendo que 61% dos dentes avaliados apresentaram uma curvatura radicular menor que 45°, 27% dos dentes avaliados apresentaram uma curvatura entre 45° e 90° e 12% dos dentes avaliados apresentaram uma curvatura maior que 90°. No presente trabalho as dilacerações radiculares, no qual a porção apical da raiz formava um ângulo menor ou igual a 90° com o longo eixo da raiz eram classificadas como “em gancho”. Estas totalizaram 1% em relação ao dente 38 e 1% em relação ao dente 48 neste trabalho, e no trabalho de Szalma et al. (2010) esse total foi de 88%. As curvaturas nas quais a porção apical formava um ângulo maior que 90° com o longo

eixo do dente totalizaram 9% em relação ao dente 38 e 8,6% em relação ao dente 48, valor este que está próximo do valor reportado por Szalma et al. (2010).

Better et al. (2004) reportou a seguinte incidência de curvaturas radiculares em casos que foram complementados por exame de Tomografia Computadorizada: maior que $90^\circ = 2$ dentes (4%); entre 45° e $90^\circ = 10$ dentes (15%); entre 0° e $45^\circ = 22$ dentes (33%); igual a $0^\circ = 31$ dentes (48%). Em casos que não foram complementados por exame de Tomografia Computadorizada foi relatada a seguinte incidência: maior que $90^\circ = 0$; entre 45° e $90^\circ = 11$ dentes (9%); entre 0° e $45^\circ = 43$ dentes (35%); igual a $0^\circ = 75$ dentes (60%). No presente trabalho as dilacerações em gancho totalizaram 1% em relação ao dente 38 e 1% em relação ao dente 48, achados que não coincidem com os de Better et al. (2004). As demais curvaturas totalizaram 9% em relação ao dente 38 e 8,6% em relação ao dente 48, não mostrando relação com os achados de Better et al. (2004). Porém a porcentagem de raízes sem curvatura está em acordo com Better et al. (2004) onde a maioria dos casos apresentava curvatura igual a 0° , mas com uma porcentagem consideravelmente menor (56%) do que no presente trabalho (90% em relação ao dente 38 e 88,5% em relação ao dente 48).

Westesson e Carlsson (1980) e van Gool (1975) relataram que algumas dilacerações não eram bem evidenciadas nas radiografias. No presente trabalho, no entanto as radiografias foram tomadas pela técnica panorâmica e observadas no computador com vários recursos que otimizam a visualização dos dentes e de suas raízes, o que está em desacordo com Westesson e Carlsson (1980). A discrepância entre interpretação radiográfica e análise clínica existe, de fato, mas pôde ser minimizada no presente estudo.

O valor de kappa entre examinadores nas dilacerações foi de 0,52, que é considerado como sendo uma concordância moderada (LANDIS, 1977). As dilacerações nem sempre são fáceis de serem identificadas na radiografia panorâmica, o que provavelmente impossibilitou que esta variável apresentasse uma concordância maior.

Fusão radicular

Quanto a presença de fusão (**Tabela 5**) o tipo de maior incidência foi o **ausente** (com 489 dentes (81%) em relação ao dente 38 e 473 dentes (78%) em relação ao dente 48), o que está de acordo com trabalhos anteriores (GULABIVALA et al., 2001; GULABIVALA et al., 2002). O segundo maior tipo foi o **presente** (com 111 (19%) em relação ao dente 38 e 132

(22%) em relação ao dente 48), o que também está de acordo com trabalhos anteriores (GULABIVALA et al., 2001; GULABIVALA et al., 2002).

De acordo com Winter (1926), raízes fusionadas, formando uma massa sólida e de forma cônica, oferecem menos resistência durante a extração, independentemente da posição do dente, do que raízes que tem uma divergência acentuada. Em muitos casos no tipo de impatcação vertical, a aplicação adequada do extrator, alinhado com o longo eixo do dente, após a impatcação óssea ter sido removida, permitirá que o dente seja extraído na aplicação inicial do instrumento. Sabe-se que a radiografia panorâmica é boa para indicar dilacerações radiculares, mas é ruim para excluí-las (BELL et al., 2003). Como a radiografia periapical, em muitos casos torna-se de difícil realização devido ao estreitamento do arco mandibular e a realização da tomografia computadorizada representa uma maior quantidade de radiação ao paciente, além de possuir um custo elevado, a radiografia panorâmica continua sendo a primeira opção de exame por imagem para o planejamento de extrações dos terceiros molares mandibulares.

Quanto à presença de fusão radicular, o valor de kappa entre examinadores foi de 0,71, o qual é considerado como sendo uma concordância substancial (LANDIS, 1977). A facilidade de se identificar a presença ou não de fusão radicular nas radiografias panorâmicas tornou possível esta boa concordância entre examinadores.

Divergência radicular

Quanto à presença de divergência radicular (**Tabela 6**) o tipo de maior incidência foi o **ausente** (com 505 dentes (84%) em relação ao dente 38 e 502 dentes (82%) em relação ao dente 48). O segundo tipo de maior incidência foi o **presente** (com 95 dentes (16%) em relação ao dente 38 e 103 dentes (17%) em relação ao dente 48). Segundo Winter (1926), quando uma radiografia mostra um caso de divergência acentuada, temos que levar em consideração a formação radicular e a estrutura óssea, para proporcionar um método de exodontia sem produzir a fratura.

Segundo Peterson (2000, p. 231), se as raízes de um terceiro molar impactado forem divergentes, pode ser necessário o seccionamento em duas partes separadas, para que cada uma seja retirada isoladamente. Portanto pode-se esperar que seja realizado o seccionamento em 95 casos relacionados ao dente 38 e 103 casos relacionados ao dente 48.

Segundo Westesson e Carlsson (1980), o grau real de fusão não aparecia nas radiografias, sendo verificado na sua integridade apenas a pós a extração dos dentes. No presente trabalho, no entanto foram utilizadas radiografias panorâmicas digitais, as quais com alguns recursos proporcionam uma melhor visualização das raízes dos terceiros molares mandibulares, o que está em desacordo com Westesson e Carlsson (1980). A discrepância entre interpretação radiográfica e análise clínica, existe, de fato mas pôde ser minimizada no presente estudo.

O valor de kappa entre examinadores, foi de 0,72 . o qual é considerado como sendo uma concordância substancial (LANDIS, 1977). Assim como a presença ou ausência de fusão, a presença ou ausência de divergência pode ser feita facilmente através das radiografias panorâmicas, o que possibilitou esse bom valor de concordância.

Tipo de raízes

Santamaría e Artegoitia (1997) encontraram 76 dentes (76%) onde a largura da raiz era menor do que a largura do dente na porção cervical , 17 dentes (17%) onde a largura da raiz era igual a largura do dente na porção cervical) e 7 dentes (7%), onde a largura da raiz era maior que a largura do dente na região cervical. No presente trabalho (**Tabela 7**) os tipos **simples, simples e canal mandibular, unirradicular cônica e filiforme** possuíam a largura da raiz igual ou menor a largura do dente na porção cervical. Estes tipos totalizavam 95% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 38 e 94,3% (dentre os tipos radiculares) em relação ao dente 48. Estes dados estão de acordo com Santamaría e Artegoitia (1997). No presente trabalho os tipos **hipercementose e hipercementose e canal mandibular** possuíam a largura da raiz maior que a largura do dente na porção cervical. Estes tipos totalizavam 3% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 38 e 4,2% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 48. Estes dados também estão de acordo com Santamaría e Artegoitia (1997).

Gbotolorun, Arotiba e Ladinde (2007) classificaram as raízes de terceiro molares inferiores retidos devido a bulbosidade, que era a proporção entre a medida mesiodistal e cervical e o ponto mais amplo ao longo da raiz do dente impactado. Eram, portanto classificadas em bulbosa, quando a proporção era menor que 1 e não bulbosa quando essa proporção era maior ou igual a 1. No presente trabalho os tipos radiculares que se equivalem

as bulbosas citada por Gbotolorun, Arotiba e Ladinde (2007) eram as do tipo **hipercementose e hipercementose e canal mandibular**. Estes tipos totalizavam 3% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 38 e 4,2% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 48. No presente trabalho os tipos radiculares que se equivaliam as raízes não bulbosas citadas por Gbotolorun, Arotiba e Ladinde (2007) eram **simples, simples e canal mandibular, unirradicular cônica e filiforme**. Estes tipos totalizavam 95% (dentre os outros tipos radiculares) em relação ao dente 38 e 94,3% (dentre os tipos radiculares) em relação ao dente 48.

Um sinal que pode ser encontrado na radiografia panorâmica associado com o aumento de injúrias ao nervo alveolar inferior (após a remoção do terceiro molar) é o escurecimento da raiz, que ocorre como resultado do íntimo contato entre o dente e o canal causando uma perda de densidade da raiz radiograficamente evidente (ROOD; SHEHAB, 1990).

No presente trabalho, este padrão radicular foi caracterizado como canal mandibular (onde se via as corticais do canal mandibular sobreposta as raízes, e ao mesmo tempo um escurecimento das mesmas). Portanto os tipos radiculares **simples e canal mandibular e hipercementose e canal mandibular** totalizaram 12 casos em relação ao dente 38 e 11 casos em relação ao dente 48 dentre 1205 casos avaliados. Portanto se fossem realizadas as extrações desses 23 dentes, poderia ser causado algum tipo de dano ao nervo alveolar inferior.

Segundo Winter (1926) a hipercementose não é frequentemente associada com um terceiro molar impactado, porém quando ela está presente causa uma quantidade incomum de resistência durante a extração. Uma quantidade maior de osteotomia na porção distal da coroa é indicada quando o operador sente alguma resistência muito grande por parte do dente. Podemos afirmar que em 19 casos relacionados ao dente 38 e, em 25 casos relacionados ao dente 48 poderemos encontrar uma resistência maior por parte do dente, tendo que lançar de uma maior quantidade de osteotomia. Estes casos foram classificados como **hipercementose e hipercementose e canal mandibular**.

Para a classificação dos tipos de raízes, o valor de kappa entre examinadores foi de 0,65, o qual é considerado como sendo uma concordância substancial (LANDIS, 1977). Apesar de haverem poucos trabalhos na literatura qualificando as raízes de terceiros molares inferiores

(WINTER, 1926; SANTAMARIA; ARTEGOITIA, 1997; GBOTOLORUN;AROTIBA;LADINDE, 2007), o valor substancial do kappa provou que o presente método de classificação de raízes, pode ser de fácil execução pelos cirurgiões dentistas.

A necessidade de se realizar a análise radiográfica dos terceiro molares mandibulares é contribui para a realização de uma cirurgia sem acidentes e complicações. Esta análise compreende a posição do terceiro molar como um todo (relacionado ao segundo molar e ao ramo mandibular) e a análise radicular. Estes fatores influenciam diretamente no instrumental que será utilizado durante a cirurgia, uso ou não de alta rotação, peça reta e nos tipos de movimentos a serem realizados.

Um dente que está numa posição 3C é considerado como sendo o de maior dificuldade operatória, uma vez que uma grande quantidade de osteotomia deverá ser realizada

Dentes mesioangulados, horizontais, com raízes divergentes ou dilaceradas precisarão ser submetidos a odontosecção, ora retirando a parte da coroa que está impactada (no caso dos mesioangulares e dos horizontais) ora dividindo o dente em 2, com duas raízes separadas (no caso das raízes divergentes e das dilacerações). Pode-se necessitar, ainda do uso de peça reta nos casos onde necessita-se da separação das raízes e o dente encontra-se numa posição muito baixa (por exemplo 3C) ou numa angulação tal que não seja possível o acesso com o alta-rotação. Os tipos de raízes também deve ser considerados. Pode-se esperar uma maior resistência no caso de raízes com hipercementose, onde deve-se realizar uma maior osteotomia, afim de diminuir essa resistência. Dentes que possuam raízes em contato com o canal mandibular, devem ser tratados de maneira cuidadosa, sendo prudente avisar o paciente desta relação e de possíveis complicações relacionadas a mesma (tal como parestesia do lábio). Todas estas medidas visam uma cirurgia sem acidentes e complicações, e além disso proporcionar conforto e segurança ao paciente, através de uma cirurgia indolor e de tempo operatório reduzido.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- O posicionamento do terceiro molar mandibular mais frequente foi o 1A e mesioangular. O tipo de anatomia radicular mais encontrada foi o terceiro molar mandibular com duas raízes simples ou cônicas convencionais, sem dilaceração, fusão ou divergência radicular.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Akarslan ZZ, Kocabay C. Assessment of the associated symptoms, pathologies, positions and angulations of bilateral occurring mandibular third molars: Is there any similarity? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108:26-32
- Almendros-Marques N, Alaejos-Algarra E, Quinteros-Borgarello M, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C: Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37: 29–35.
- Bell GW, Rodgers JM, Grime RJ, Edwards KL, Hahn MR, Dorman ML, et al. The accuracy of dental panoramic tomographs in determining the root morphology of mandibular third molar teeth before surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(1):119–25.
- Better H, Abramovitz I, Shlomi B, Kahn A, Levy Y, Shaham A, Chaushu G. The Pre surgical Workup Before Third Molar Surgery: How Much Is Enough? *J Oral Maxillofac Surg.* 2004:689-692, 2004
- Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of Third Molar Surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007; 19: 117–28.
- Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76:412-20
- Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65 : 1977-1983
- Genú PR, Vasconcelos B.C.E: Influence of the tooth section technique in alveolar nerve damage after surgery of impacted lower third molars. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37: 923–928.
- Gomes ACA , Vasconcelos ECO, Silva EDO, Caldas Jr AF, Neto ICP. Pantomography for Prediction of Nerve Damage. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 66:256-259.
- Green D. Double canals in single roots. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1973; 35:689 –96.
- Gulabivala K, Aung TH, Alavi A, Ng Y-L. Root and canal morphology of Burmese mandibular molars. *Int End J* 2001; 34:359–70.
-

Gulabivala K, Opasanon A, Ng Y-L, Alavi A. Root and canal morphology of Thai mandibular molars. *International Endodontic Journal*. 2002; 35:56-62.

Hattab FN, Ma'amon A, Rawadesh, Fahmy MS. Impaction status of third molars in Jordanian students. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, and Endod*. 1995; 1:24-29

Landis JR.; Koch G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33: 159-174.

Lübbers HT, Matthews F, Damerau G, Kruse A.L, Obwegeser J.A, Grätz K.W, Eyrich G.K. Anatomy of impacted lower third molars evaluated by computerized tomography: is there an indication for 3-dimensional imaging? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, In Press, Corrected Proof, Available online 16 October 2010.

Pederson GW. *Oral surgery*. Philadelphia: WB Saunders, 1988. (Cited in: Koerner KR. The removal of impacted third molars-principles and procedures. *Dent Clin North Am* 1994; 38:255-78).

Pell G, Gregory B. Impacted third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Dig* 1933; 39:330

Peterson, Ellis, Hupp, Tucker. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Pineda F, Kuttler Y. Mesiodistal and bucco lingual roentgenographic investigation of 7,275 root canals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 33:101-10.

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; 105: 41-47

Rood JP, Shehab AA. The radiological predilection of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28:20-5.

Sandhu S, Kaur T. Radiographic evaluation of the status of third molars in the Asian-Indian students. *J Oral Maxillofac Surg* 63: 640-645 , 2005

Santamaria J, Artegoitia I. Radiologic variables of clinical significance in the extraction of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84:469-73.

Sperber GH & Moreau JL. Study of the number of roots and canals in Senegalese first permanent mandibular molars. *Int Endod J* 1998; 31, 112–6.

Stephanie JS, West LA, Liewehr FR, Loushine R.J. Root Canal Morphology of Human Maxillary and Mandibular Third Molars. *J Endod* 2000; 26(11):675-78

Susarla SM, Dodson TB. Estimating Third Molar Extraction Difficulty: A Comparison of Subjective and Objective Factors. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:427-434.

Susarla SM, Dodson TB. How Well Do Clinicians Estimate Third Molar Extraction Difficulty? *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:191-199.

Szalma J, Lemple E, Jeges S, Szabó G, Olasz L. The prognostic value of panoramic radiography of inferior alveolar nerve damage after mandibular third molar removal: retrospective study of 400 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109:294-302.

Thangavelu A, Yoganandha R, Vaidhyanathan A: Impact of impacted mandibular third molars in mandibular angle and condylar fractures. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010; 39: 136–139.

Tratman EK .Three-rooted lower molars in man and their racial distribution. *Brit Dent J.* 1938; 64, 264–74.

Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92:377-83.

Van Gool, AV De Verstandskies in de Onderkaak, Thesis, Groningen, Leiden, 1975, Stafleu & Tholen

Venta I, Turtola L, Ylipaavalniemi P : Radiographic follow-up of impacted third molars from age 20 to 32 years. *Int. J. Oral Maxillofac.Surg.* 2001; 30: 54–57.

Westesson PL, Carlsson LE. Anatomy of mandibular third molars: A comparison between radiographic appearance and clinical observations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980; 49(1):90-4.

Winter G.B. Impacted mandibular third molar. St.Louis (MO): American Medical Book Co.; 1926.

Yuasa H, Kawai T, Sugiura M. Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 2002; 40: 26-31.

Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Brit J Oral Maxillofac Surg*. 2004, 209-214

ANEXO

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
ACAF	f	19	38	1a	v	2	n	n	n	s
ACAF	f	19	48	1a	v	2	n	n	n	s
ADB	f	27	38	1a	m	2	n	n	n	s
AFG	f	16	38	2a	hor	2	n	n	n	s
AFG	f	16	48	2a	hor	2	n	n	n	s
AMC	f	25	48	1a	v	2	n	s	n	s
APC	f	19	38	1a	v	2	n	n	n	s
APC	f	19	48	1a	v	2	n	n	n	s
APS	f	19	38	1a	m	2	n	n	n	s
APS	f	19	48	1b	m	2	n	n	n	s
AVI	f	20	38	2a	v	2	n	n	n	s
AVI	f	20	48	2a	v	2	n	n	n	s
BB	f	22	38	1b	m	2	n	n	n	s
BB	f	22	48	1b	m	2	n	n	n	s
BBN	f	21	38	1b	m	2	n	n	n	s
BBN	f	21	48	2b	v	2	m	n	n	s
BCS	f	20	38	2b	hor	2	n	n	s	s
BCS	f	20	48	2b	hor	2	n	n	s	s
BDFT	f	23	38	1a	v	2	d	n	n	s
BDFT	f	23	48	1b	v	2	n	n	n	s
CASS	f	18	38	1a	m	2	n	n	n	s
CASS	f	18	48	2a	hor	2	n	s	n	s
CAZN	m	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
CBL	f	19	38	2a	v	2	n	s	n	s
CBL	f	19	48	2a	v	2	n	s	n	s
CDP	f	18	38	1b	m	2	n	n	n	s
CDP	f	18	48	1b	m	2	n	n	n	s
CS	f	18	48	2b	m	2	n	n	n	s
CSF	m	26	38	2b	hor	2	n	n	s	s
CSF	m	26	48	2b	m	2	n	n	n	s
CVS	f	23	38	1a	m	2	n	n	n	s
CVS	f	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
DCS	m	22	38	1a	hor	2	n	n	n	s
DCS	m	22	48	1a	m	2	n	n	n	s
EASN	m	19	38	1a	m	2	m	n	n	s
EASN	m	19	48	1a	m	2	m	n	n	s
ESG	f	22	38	1a	v	2	n	n	n	s
ESG	f	22	48	2b	v	2	n	n	n	s
FCF	m	18	38	2a	v	2	n	n	n	s
FCF	m	18	48	2a	v	2	n	n	n	s
FMAP	f	24	38	1a	v	2	n	n	n	s
FMAP	f	24	48	1b	m	2	n	n	n	s
FVCS	f	22	38	1a	m	2	n	n	s	s
GCC	f	22	38	2a	hor	2	n	n	n	s
GCC	f	22	48	1b	m	2	n	n	n	s
GMS	f	20	38	1b	m	2	n	s	n	s
GMS	f	20	48	1b	m	2	n	s	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
HFB	m	23	38	1a	v	2	n	s	n	s
HFB	m	23	48	1a	v	2	n	n	n	s
JF	m	24	38	1a	m	2	n	n	n	s
JF	m	24	48	1a	v	2	n	n	n	s
JORJ	m	17	38	2b	hor	2	n	n	s	s
JORJ	m	17	48	2b	hor	2	n	n	s	s
JRMA	m	17	38	2a	v	2	n	n	n	s
JRMA	m	17	48	2b	d	2	n	n	n	s
JS	f	22	38	2b	v	2	n	n	n	s
JS	f	22	48	2b	v	2	n	n	n	s
JVDR	m	22	38	1b	m	2	n	n	s	s
LBG	m	20	38	2a	d	2	n	n	n	s
LBG	m	20	48	3b	hor	2	n	n	s	s
LCS	f	17	38	2a	v	2	n	n	n	s
LCS	f	17	48	1b	m	2	n	n	n	s
LGR	f	24	38	1a	hor	2	n	s	n	s
LGR	f	24	48	2a	v	2	n	s	n	s
LPN	m	18	38	1a	m	2	n	n	s	s
LPN	m	18	48	1a	v	2	n	n	s	s
LRMSV	f	21	38	1a	m	2	n	n	n	s
LRMSV	f	21	48	1b	m	2	n	n	n	s
MCP	f	17	48	1a	m	2	n	n	s	s
MF	f	20	38	2b	hor	2	n	n	n	s
MVP	f	24	38	2a	hor	2	n	n	n	s
MVP	f	24	48	1a	v	2	n	n	n	s
NCS	f	23	38	1b	m	2	n	n	n	s
NCS	f	23	48	2b	m	2	n	s	n	s
PDR	f	19	38	3b	m	2	n	n	s	s
PDR	f	19	48	3b	m	2	m d	n	n	s
PHA	f	19	38	1a	m	2	n	n	s	s
PTGJ	f	20	38	2a	d	2	n	n	n	s
PTGJ	f	20	48	2a	d	2	n	n	s	s
RFS	m	23	38	1b	m	2	n	n	n	s
RFS	m	23	48	2b	d	2	n	n	n	s
RGC	m	20	38	2b	m	2	n	s	n	s
RGC	m	20	48	2b	m	2	n	s	n	s
RRSS	m	20	38	1a	m	2	n	n	s	s
SRCA	f	25	48	1a	v	2	n	s	n	s
SSMF	f	19	48	2b	m	2	n	n	s	s
SSR	f	22	38	1b	m	2	n	n	s	s
SSR	f	22	48	1b	m	2	n	n	s	s
TCC	f	18	48	1b	m	2	n	n	n	s
TDB	f	23	38	1b	m	2	n	s	n	s
TDB	f	23	48	3b	m	2	n	s	n	s
TLS	m	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
TLS	m	23	48	1a	v	2	n	s	n	s
TSG	f	21	38	2a	hor	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
TSG	f	21	48	2a	hor	2	n	n	n	s
TZF	f	18	38	1a	m	2	n	n	s	s
TZF	f	18	48	1a	m	2	m d	n	s	s
VD	m	20	38	1a	hor	2	d	n	s	f
YCRL	m	22	38	1a	m	2	n	n	n	s
YCRL	m	22	48	1a	m	2	n	n	n	s
fem 20	f	20	48	1b	m	2	m	n	s	s
fem 20 anos	f	20	48	1a	hor	2	n	n	s	s
mas 19	m	19	38	2a	m	2	n	n	n	s
mas 19	m	19	48	1a	hor	2	n	n	s	s
mas 21	m	21	38	2a	hor	2	n	n	n	s
mas 21	m	21	48	2a	m	2	n	n	n	s
p mas 31	m	31	38	2a	hor	2	n	n	n	s
p mas 31	m	31	48	1a	v	2	n	n	n	s
p mas 20	m	20	38	2b	hor	2	n	n	n	s
p mas 20	m	20	48	2b	hor	2	n	n	s	s
pac mas 21	m	21	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac mas 21	m	21	48	2a	hor	2	d	n	s	s
pac 66	f	23	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 68	m	21	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 68	m	21	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 69	f	18	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 69	f	18	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 70	f	27	38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 70	f	27	48	1b	m	2	n	s	n	s
pac 71	f	30	48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 72	m	21	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 73	f	19	38	1a	d	2	n	s	n	s
pac 73	f	19	48	1a	d	2	n	s	n	s
pac 74	f	34	38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 75	f	44	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 76	f	26	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 76	f	26	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 77	f	27	48	1a	hor	2	n	s	n	s
pc 78	m	21	38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 78	m	21	48	2a	m	2	d	n	s	s
pac 79	f	21	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 80	m	23	38	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 80	m	23	48	1b	v	2	d	n	s	s
pac 81	m	22	48	2a	v	2	n	n	s	s
pac 82	f	43	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 83	m	19	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 83	m	19	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 84	f	21	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 85	m	30	38	2b	hor	2	n	n	n	h
pac 85	m	30	48	2b	hor	2	n	n	n	h
pac 86	m	25	38	1a	v	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 86	m	25	48	3c	m	2	n	s	n	s
pac 87	f	23	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 88	m	27	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 88	m	27	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 89	m	21	38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 89	m	21	48	1a	hor	2	n	n	s	s
pac 90	m	21	38	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 90	m	21	48	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 91	f	20	38	1b	v	2	n	n	n	s
pac 91	f	20	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 92	f	20	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 92	f	20	48	1b	m	2	n	s	n	s
pac 93	f	18	38	1b	m	2	n	n	s	s
pac 93	f	18	48	1b	v	2	m d	n	n	s
pac 94	m	20	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 94	m	20	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 95	f	22	38	2b	m	2	n	n	n	f
pac 95	f	22	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 96	m	30	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 98	f	24	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 98	f	24	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 99	f	21	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 100	m	46	38	3c	m	2	n	n	n	h
pac 100	m	46	48	3c	m	2	n	n	n	h
pac 101	m	24	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 101	m	24	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 102	m	20	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 102	m	20	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 103	m	18	48	2b	m	2	d	n	n	s
pac 104	f	23	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 105	f	30	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 105	f	30	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 106	m	22	38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 106	m	22	48	2b	hor	2	d	n	n	s
pac 107	f	19	38	1b	m	2	n	n	s	s
pac 107	f	19	48	1b	m	2	n	n	s	s
pac 108	f	21	38	1b	m	2	n	n	n	s
pac 109	m	40	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 110	f	18	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 111	f	33	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 111	f	33	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 112	f	35	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 113	m	29	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 113	m	29	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 114	f	32	38	1a	hor	2	n	s	n	s
pac 115	m	41	38	3c	hor	2	n	s	n	s
pac 115	m	41	48	2b	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 116	f	39	38	1b	m	2	n	n	n	s
pac 117	f	33	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 117	f	33	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 118	f	33	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 119	f	21	38	3b	m	2	n	n	n	s
pac 119	f	21	48	3b	m	2	n	n	n	s
pac 120	m	31	38	2a	v	2	n	n	s	s
pac 121	m	48	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 121	m	48	48	3c	m	2	n	s	n	h
pac 122	m	27	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 123	m	44	38	2b	v	2	n	n	n	s
pac 123	m	44	48	3c	m	2	n	n	n	s
pac 124	f	33	48	2b	v	2	n	n	n	s
pac 125	f	22	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 125	f	22	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 126	m	24	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 127	f	21	38	1b	v	2	n	n	n	s
pac 127	f	21	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 128	f	34	48	2c	m	2	n	n	n	s
pac 130	f	27	38	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 130	f	27	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 131	f	19	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 131	f	19	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 132	f	21	38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 133	m	32	38	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 133	m	32	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 134	m	23	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 135	m	21	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 136	f	21	38	1b	m	2	n	s	n	s
pac 136	f	21	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 138	m	20	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 138	m	20	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 139	f	33	38	2a	d	2	n	s	n	s
pac 140	m	24	38	1b	hor	2	n	n	n	s
pac 140	m	24	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 141	f	26	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 141	f	26	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 142	m	22	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 142	m	22	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 143	f	18	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 144	m	21	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 144	m	21	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 145	m	22	38	2b	hor	2	mg	n	n	s
pac 146	m	18	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 146	m	18	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 147	m	20	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 147	m	20	48	2b	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 148	f	22	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 149	m	28	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 149	m	28	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 150	f	27	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 151	f	32	38	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 151	f	32	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 152	m	22	38	3c	hor	2	n	s	n	s
pac 152	m	22	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 153	f	22	38	2b	m	2	n	n	n	f
pac 153	f	22	48	2c	m	2	n	n	n	s
pac 154	m	20	38	3c	m	2	n	s	n	s
pac 154	m	20	48	3c	m	2	n	s	n	s
pac 155	m	20	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 155	m	20	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 156	f	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 156	f	23	48	1b	v	2	n	n	n	s
pac 157	m	21	38	2a	hor	2	dg	n	n	s
pac 158	f	40	38	3c	hor	2	n	n	n	s
pac 158	f	40	48	3b	hor	2	n	s	n	s
pac 159	m	23	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 159	m	23	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 160	f	32	38	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 160	f	32	48	1b	v	2	n	n	n	s
pac 161	f	31	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 161	f	31	48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 162	m	29	38	2a	v	2	n	n	s	s
pac 162	m	29	48	1a	v	2	n	n	s	s
pac 163	f	24	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 163	f	24	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 164	m	39	38	2b	hor	2	n	n	s	h
pac 164	m	39	48	2b	hor	2	d	n	n	s
pac 165	f	27	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 165	f	27	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 166	f	28	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 166	f	28	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 167	f	29	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 168	f	34	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 168	f	34	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 169	m	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 170	m	25	38	3b	hor	2	n	s	n	h
pac 170	m	25	48	1a	m	2	n	s	n	h
pac 171	f	21	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 172	f	25	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 172	f	25	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 173	m	44	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 174	f	18	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 175	f	28	48	1b	v	2	n	s	n	h

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 176	m	34	38	3b	m	2	n	n	s	s
pac 177	f	28	38	1b	v	2	n	s	n	s
pac 178	f	39	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 178	f	39	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 179	m	29	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 179	m	29	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 181	f	22	38	1b	m	2	m d	n	n	s
pac 182	f	20	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 183	f	27	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 183	f	27	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 184	f	42	48	1a	v	2	n	n	n	a
pac 185	m	39	48	2b	m	2	n	s	n	h
pac 186	f	31	38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 186	f	31	48	1a	v	2	m dg	n	n	s
pac 187	f	36	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 187	f	36	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 188	m	23	38	2a	hor	2	d	n	n	s
pac 188	m	23	48	2a	hor	2	d	n	n	s
pac 189	m	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 190	f	22	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 190	f	22	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 191	m	23	38	2b	v	2	n	n	s	s
pac 191	m	23	48	1b	m	2	m	n	n	s
pac 193	m	27	38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 193	m	27	48	3c	hor	2	n	n	s	s
pac 192	f	49	48	2a	hor	2	n	s	s	s
pac 194	m	36	38	3c	hor	2	n	s	n	h
pac 194	m	36	48	3c	hor	2	n	n	n	s
pac 195	m	33	38	1b	v	2	n	n	s	f
pac 196	m	66	38	3b	hor	2	n	n	n	s
pac 196	m	66	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 197	m	35	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 198	m	18	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 198	m	18	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 199	f	22	38	1b	v	2	n	n	n	s
pac 199	f	22	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 200	f	32	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 201	f	36	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 202	f	37	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 203	f	24	38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 203	f	24	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 204	f	27	38	2a	hor	2	n	n	n	h
pac 204	f	27	48	2b	hor	2	n	n	n	h
pac 205	f	27	48	2b	hor	2	n	s	n	a
pac 206	f	22	38	2a	v	2	m	n	n	s
pac 206	f	22	48	2a	v	2	m	n	n	s
pac 207	m	19	38	2a	hor	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 207	m	19	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 208	f	20	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 208	f	20	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 209	m	30	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 210	f	40	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 210	f	40	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 211	m	22	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 211	m	22	48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 212	f	21	38	2b	m	3	n	n	n	f
pac 212	f	21	48	1b	v	3	n	n	n	f
pac 213	m	27	38	2a	hor	2	m	n	n	s
pac 214	m	30	38	2a	d	2	n	n	n	s
pac 215	m	19	38	2b	d	2	n	n	n	s
pac 215	m	19	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 216	f	53	38	2a	hor	2	n	s	n	h
pac 217	m	22	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 217	m	22	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 218	f	22	38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 218	f	22	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 220	f	24	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 220	f	24	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 221	m	42	48	1b	m	2	n	n	n	s
pac 222	m	18	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 222	m	18	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 223	f	23	38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 223	f	23	48	2a	d	2	n	n	s	h
pac 224	m	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 225	m	18	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 226	m	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 226	m	23	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 227	f	61	48	3c	hor	2	n	s	n	s
pac 228	m	20	38	2a	m	2	n	n	n	f
pac 228	m	20	48	1a	v	2	n	n	s	s
pac 229	m	22	38	2a	d	2	n	n	n	s
pac 229	m	22	48	2b	d	2	n	n	n	s
pac 230	f	32	38	1a	d	2	m	n	n	s
pac 231	m	20	38	2b	hor	2	n	n	s	f
pac 231	m	20	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 232	f	19	38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 232	f	19	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 233	m	22	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 233	m	22	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 234	f	28	38	1a	v	2	m d	n	n	s
pac 234	f	28	48	1a	v	2	m d	n	n	s
pac 235	f	22	48	2a	m	2	m d	n	n	s
pac 236	m	18	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 236	m	18	48	2a	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 237	m	23	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 237	m	23	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 238	m	24	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 238	m	24	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 239	m	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 239	m	23	48	1b	m	2	n	n	n	s
pac 240	f	30	38	2b	hor	2	d	n	n	h
pac 240	f	30	48	2b	m	2	d	n	n	h
pac 241	f	26	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 241	f	26	48	2a	d	2	n	n	n	s
pac 242	f	20	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 242	f	20	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 243	m	16	38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 243	m	16	48	1a	v	2	n	n	s	s
pac 244	f	18	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 244	f	18	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 245	m	23	48	1a	hor	2	d	n	n	s
pac 246	m	23	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 246	m	23	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 247	m	34	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 247	m	34	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 248	f	26	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 248	f	26	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 249	m	21	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 249	m	21	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 250	m	21	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 250	m	21	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 251	m	19	38	2b	v	2	n	n	n	s
pac 251	m	19	48	2b	m	2	m	n	n	s
pac 252	m	26	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 252	m	26	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 253	f	32	38	2b	hor	2	n	s	n	h
pac 253	f	32	48	2a	m	2	n	s	n	h
pac 254	f	22	38	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 254	f	22	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 255	f	33	38	2b	hor	2	n	n	n	h
pac 256	m	21	38	1b	d	2	n	n	n	s
pac 257	m	22	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 257	m	22	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 258	f	19	38	2a	d	2	m dg	n	n	s
pac 258	f	19	48	2a	d	2	dg	n	n	s
pac 259	m	33	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 259	m	33	48	2a	d	2	n	s	n	s
pac 260	f	27	38	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 260	f	27	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 261	f	20	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 261	f	20	48	1a	v	2	n	n	s	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 262	f	20	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 262	f	20	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 263	f	20	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 263	f	20	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 264	f	33	48	3b	hor	2	n	s	n	s
pac 265	m	38	38	2b	d	2	m	n	n	s
pac 265	m	38	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 266	f	20	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 266	f	20	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 267	m	22	38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 267	m	22	48	2b	m	2	d	n	n	s
pac 268	f	20	48	3c	hor	2	n	n	n	a
pac 269	m	28	38	1a	v	2	n	n	n	n
pac 270	f	25	38	2c	m	2	n	n	n	f
pac 270	f	25	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 271	f	28	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 271	f	28	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 272	f	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 272	f	23	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 273	m	27	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 273	m	27	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 274	m	22	38	2a	m	2	m d	n	n	f
pac 275	m	26	48	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 276	f	23	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 276	f	23	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 277	m	25	38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 277	m	25	48	2a	m	2	m	n	n	n
pac 278	m	21	38	2a	hor	2	n	n	n	f
pac 278	m	21	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 279	m	21	38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 279	m	21	48	2a	hor	2	d	n	n	s
pac 280	m	25	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 280	m	25	48	1b	v	2	n	n	n	s
pac 281	m	21	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 281	m	21	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 282	m	17	38	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 282	m	17	48	1a	hor	2	n	n	n	s
pac 283	f	19	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 283	f	19	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 284	f	19	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 284	f	19	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 285	f	18	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 285	f	18	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 286	m	19	38	2b	m	2	n	n	n	f
pac 286	m	19	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 287	f	26	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 287	f	26	48	2a	hor	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 288	m	24	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 288	m	24	48	2b	m	2	m d	n	n	s
pac 289	m	21	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 290	f	28	38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 290	f	28	48	3b	m	2	n	s	n	s
pac 291	f	25	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 291	f	25	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 292	f	24	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 292	f	24	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 293	f	20	38	2a	v	2	m	n	n	s
pac 293	f	20	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 294	m	25	38	2a	hor	2	n	n	n	h
pac 295	f	20	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 295	f	20	48	1a	m	2	n	n	n	h
pac 296	f	27	38	3c	hor	2	n	s	n	s
pac 296	f	27	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 297	f	19	38	2b	hor	2	n	n	s	s
pac 297	f	19	48	2b	hor	2	n	n	s	s
pac 298	f	31	38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 298	f	31	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 299	f	21	38	2b	hor	2	d	n	n	s
pac 299	f	21	48	2a	hor	2	m	n	n	s
pac 300	f	21	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 301	m	22	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 301	m	22	48	2b	m	2	d	n	n	s
pac 302	f	27	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 302	f	27	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 303	f	34	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 303	f	34	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 304	f	36	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 305	f	36	38	3b	m	2	n	s	n	s
pac 305	f	36	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 306	m	32	38	2a	m	2	d	n	n	s
pac 306	m	32	48	2a	m	2	d	n	n	s
pac 307	m	17	38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 307	m	17	48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 308	m	25	38	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 308	m	25	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 309	m	21	38	3b	hor	2	n	s	n	s
pac 309	m	21	48	3b	m	2	n	n	n	s
pac 310	m	21	38	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 310	m	21	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 311	m	30	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 312	f	36	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 313	m	17	38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 313	m	17	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 314	m	21	38	2b	hor	2	n	s	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 314	m	21	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pav 315	f	22	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 315	f	22	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 316	f	28	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 316	f	28	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 317	m	18	38	1b	hor	2	n	n	s	s
pac 317	m	18	48	2a	v	2	m	n	n	s
pac 318	f	24	38	1a	m	2	n	n	n	h
pac 318	f	24	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 319	m	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 320	m	25	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 320	m	25	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 321	m	25	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 322	m	23	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 322	m	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 323	m	25	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 323	m	25	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 324	m	26	48	2b	m	2	n	s	n	h
pac 325	m	24	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 325	m	24	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 326	f	27	38	2b	v	2	n	s	n	s
pac 326	f	27	48	2b	v	2	n	s	n	s
pac 327	f	34	38	2b	v	2	n	n	n	s
pac 327	f	34	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 328	f	19	38	3b	m	2	n	n	n	s
pac 328	f	19	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 328 b				não foi possível visualizar muito clara						
pac 329	f	19	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 329	f	19	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 330	f	19	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 330	f	19	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 331	f	24	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 331	f	24	48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 332	f	28	38	3c	hor	2	n	s	n	s
pac 332	f	28	48	3b	m	2	n	s	n	s
pac 333	f	21	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 333	f	21	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 334	f	25	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 334	f	25	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 335	f	19	38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 335	f	19	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 336	m	19	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 336	m	19	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 337	m	22	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 337	m	22	48	2b	d	2	n	n	s	s
pac 338	m	27	38	2c	m	2	n	n	n	h
pac 339	m	33	38	1a	v	2	n	s	n	n

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 340	m	26	38	1a	v	2	n	n	n	f
pac 340	m	26	48	1a	v	2	n	n	n	f
pac 341					radiografia muito branca					
pac 342	f	24	38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 342	f	24	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 342 b	f	34	38	1a	m	2	m d	s	n	s
pac 342 b	f	34	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 343	f	33	38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 343	f	33	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 344	f	33	38	1a	m	2	m d	s	n	s
pac 344	f	33	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 345	m	31	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 345	m	31	48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 346	m	28	38	2a	v	2	m	n	n	s
pac 346	m	28	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 347	m	24	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 347	m	24	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 348	m	20	38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 348	m	20	48	1a	m	2	m	n	n	s
pac 349	m	23	38	2b	v	2	n	n	s	s
pac 349	m	23	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 350	m	25	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 350	m	25	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 351	m	19	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 352	f	21	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 352	f	21	48	1a	m	2	n	s	s	a
pac 353	m	51	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 354	m	29	38	2a	hor	2	n	n	n	h
pac 354	m	29	48	3b	d	2	n	s	n	s
pac 355	m	35	38	2b	m	2	n	n	n	h
pac 355	m	35	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 356	f	24	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 356	f	24	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 357	f	25	38	3b	m	2	n	s	n	s
pac 357	f	25	48	3b	m	2	dg	s	n	s
pac 358	f	25	38	1a	m	2	m	n	s	f
pac 358	f	25	48	1a	m	2	d	n	s	f
pac 359	f	34	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 359	f	34	48	1a	m	2	m	s	n	s
pac 360	m	32	38	3c	m	2	n	n	s	cm
pac 360	m	32	48	3c	hor	2	n	n	n	s
pac 361	m	18	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 361	m	18	48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 362	m	25	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 362	m	25	48	2b	v	2	n	n	n	s
pac 363	m	26	38	1a	m	2	m	n	s	s
pac 363	m	26	48	1a	m	2	n	n	s	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 364	m	20	38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 364	m	20	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 365	m	19	38	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 365	m	19	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 366	m	28	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 366	m	28	48	1a	d	2	n	n	n	s
pac 367	m	18	38	2a	m	2	n	n	s	f
pac 367	m	18	48	2a	m	2	n	n	s	f
pac 368	m	24	38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 368	m	24	48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 369	m	29	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 369	m	29	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 370	m	35	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 370	m	35	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 371	m	22	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 371	m	22	48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 371 b	m	36	38	3c	hor	2	dg	n	n	s
pac 371 b	m	36	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 372	f	23	38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 372	f	23	48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 374	f	21	38	2b	m	2	n	n	s	cm
pac 374	f	21	48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 375	f	22	38	1b	m	2	n	n	n	s
pac 375	f	22	48	1b	m	2	n	n	s	s
pac 376	f	19	48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 377	f	27	38	2b	v	2	n	s	n	s
pac 377	f	27	48	2a	m	2	n	n	n	f
pac 378	f	20	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 378	f	20	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 379	f	24	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 379	f	24	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 380					ápice não formado ainda					
pac 381	m	23	48	2b	d	2	n	n	n	s
pac 382	m	25	38	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 382	m	25	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 383	m	25	38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 384	m	23	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 384	m	23	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 385	m	25	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 386	m	26	48	2b	m	2	n	s	n	h
pac 387	m	24	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 387	m	24	48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 388	f	27	38	2b	v	2	n	s	n	s
pac 388	f	27	48	2a	v	2	n	s	n	s
pac 389	f	34	38	2b	v	2	n	n	n	s
pac 389	f	34	48	3b	m	2	n	n	s	h
pac 390	f	23	48	2b	hor	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 391	m	17	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 391	m	17	48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 392	f	31	38	3b	hor	2	n	s	n	s
pac 392	f	31	48	3b	hor	2	n	s	n	h
pac 393	m	21	38	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 393	m	21	48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 394	f	31	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 394	f	31	48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 395	m	18	38	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 395	m	18	48	2a	hor	2	n	n	s	s
pac 396	m	23	38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 396	m	23	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 398	f	24	38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 398	f	24	48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 399	m	24	38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 399	m	24	48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 400	f	21	38	1b	m	2	n	n	n	s
pac 400	f	21	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 401	m	25	38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 402	f	34	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 403	f	30	38	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 403	f	30	48	2a	m	2	m	s	n	s
pac 404	f	50	38	3c	hor	2	n	n	n	h
pac 405	f	43	38	3b	m	2	m	s	n	s
pac 406	f	22	38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 407	f	31	48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 408	m	22	38	1a	hor	2	n	s	n	s
pac 408	m	22	48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 409	f	28	48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 410	m	42	48	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 411	m	42	38	3b	m	2	n	n	n	cm
pac 412	f		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 412	f		48	2a	v	2	n	s	n	s
pac 413	f		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 413	f		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 414	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 414	f		48	1a	v	2	m	n	n	s
pac 415	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 415	m		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 416	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 416	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 417	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 417	f		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 418	f		38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 418	f		48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 419	f		38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 419	f		48	1a	m	1	n	n	n	b

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 420	f		38	2b	v	2	n	s	n	s
pac 420	f		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 421	f		38	2b	m	1	n	n	n	b
pac 421	f		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 422	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 422	f		48	2a	v	2	mg	n	n	s
pac 423	f		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 423	f		48	2b	hor	2	n	s	n	s
pac 424	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 424	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 425	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 426	f		38	1a	m	2	n	n	n	a
pac 426	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 427	f		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 427	f		48	1a	m	2	n	s	n	h
pac 428	m		38	1a	v	2	n	n	s	s
pac 428	m		48	1a	v	2	m	n	s	s
pac 429	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 429	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 430	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 430	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 431	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 431	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 432	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 432	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 433	m		38	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 433	m		48	2b	hor	2	n	n	n	s
pac 434	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 434	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 435	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 435	m		48	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 436	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 436	m		48	1a	m	2	n	n	s	n
pac 437	m		38	2a	hor	1	n	n	n	b
pac 437	m		48	2a	hor	1	n	n	n	b
pac 438	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 438	m		48	3b	m	2	n	n	s	s
pac 439	m		38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 439	m		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 440	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 441	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 441	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 442	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 443	m		38	2b	v	2	n	n	n	s
pac 443	m		48	2b	v	2	n	n	n	s
pac 444	m		38	2a	hor	2	n	n	s	cm
pac 444	m		48	2a	hor	2	n	n	s	cm

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 445	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 445	m		48	1a	m	2	dg	s	n	s
pac 446	m		38	2a	hor	2	mg	n	n	s
pac 446	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 447	m		38	2a	v	2	n	n	n	f
pac 447	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 448	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 448	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 449	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 449	m		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 450	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 450	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 451	m		38	2b	m	2	m	n	s	s
pac 451	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 452	f		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 452	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 453	f		38	2a	hor	2	n	n	n	s
pac 453	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 454	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 454	f		48	2a	m	2	md	n	n	s
pac 455	f		38	1a	m	2	n	n	n	cm
pac 455	f		48	1a	m	2	n	n	n	cm
pac 456	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 456	f		48	2a	hor	2	n	s	n	s
pac 457	f		38	2b	m	1	n	n	n	b
pac 457	f		48	2b	m	1	n	n	n	b
pac 458	f		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 458	f		48	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 459	f		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 460				não está com ápice fomado						
pac 461	m		38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 461	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 462	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 462	f		48	2b	v	2	n	n	n	s
pac 463	f		38	2a	h	2	n	n	s	s
pac 463	f		48	2a	d	2	n	s	n	s
pac 464	f		38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 464	f		48	2a	v	2	n	s	n	s
pac 465	f		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 465	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 466	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 466	f		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 467	f		48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 468	f		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 468	f		48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 469	f		38	2b	m	1	n	n	n	b
pac 469	f		48	2b	m	2	mg	n	s	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 470	f		38	1a	v	1	n	n	n	b
pac 470	f		48	1a	m	1	n	n	n	b
pac 471	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 471	f		48	2b	h	2	n	s	n	s
pac 472	f		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 473	f		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 473	f		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 474	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 475	f		38	2a	h	2	n	s	n	s
pac 475	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 476	f		38	1a	m	2	d	n	s	s
pac 476	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 477	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 477	m		48	1a	m	2	m	n	s	s
pac 478	m		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 478	m		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 479	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 479	m		48	2a	v	2	n	n	n	cm
pac 480	m		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 480	m		48	3b	m	2	n	s	n	s
pac 481	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 481	m		48	1a	m	2	n	n	n	h
pac 482	m		38	1a	m	2				a
pac 482	m		48	1a	m	2				a
pac 483	m		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 483	m		48	1a	m	2	n	n	s	h
pac 484	m		38	1a	v	1	n	n	n	b
pac 484	m		48	1a	v	1	n	n	n	b
pac 485	m		38	2b	h	2	n	n	s	h
pac 485	m		48	2b	m	2	m	n	s	s
pac 486	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 486	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 487	m		38	3b	m	2				a
pac 487	m		48	3b	d	2				a
pac 488	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 489	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 489	m		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 490	m		38	1a	m	2	n	n	n	f
pac 490	m		48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 491	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 491	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 492	m		38	1a	v	2	dg	s	n	s
pac 492	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 493	m		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 493	m		48	2a	v	2	n	s	n	s
pac 494	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 494	m		48	1a	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 495	m		38	3c	m	2	n	s	n	cm
pac 495	m		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 496	m		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 496	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 497	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 497	m		48	2a	v	2	d	n	s	s
pac 498	m		38	2b	h	2	n	n	n	s
pac 498	m		48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 499	m		38	2b	h	2	n	n	s	f
pac 499	m		48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 500	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 500	m		48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 501	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 501	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 502	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 502	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 503	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 503	m		48	2a	m	2	m d	n	s	s
pac 504	m		38	1b	m	2	n	n	s	s
pac 504	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 505	m		38	3b	h	2				a
pac 505	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 506	m		38	2b	h	2	n	n	n	s
pac 506	m		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 507	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 507	m		48	2a	v	2	m	n	s	s
pac 508	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 508	m		48	1a	v	2	n	n	n	cm
pac 509	m		38	3b	m	2	n	s	n	s
pac 509	m		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 510	m		38	2b	m	2				a
pac 511	m		38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 511	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 512	m		38	2a	h	2	m	n	n	s
pac 513	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 514	f		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 514	f		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 515	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 515	f		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 516	f		38	2b	h	2	n	n	n	s
pac 516	f		48	2b	h	2	n	s	n	s
pac 517	f		38	1a	m	2	n	n	n	f
pac 518				ápice não formado ainda						
pac 519	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 520	f		38	2a	h	2	m	n	n	s
pac 520	f		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 521	f		38	1b	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 521	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 522	f		38	2b	m	2	n	n	n	f
pac 522	f		48	2b	m	2	n	n	n	f
pac 523	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 524	f		38	1a	m	1	n	n	n	b
pac 524	f		48	1a	m	1	n	n	n	b
pac 525	f		38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 525	f		48	1a	m	2	n	n	n	h
pac 526	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 526	f		48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 527	f		38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 527	f		48	3b	m	2	m d	n	n	s
pac 528	f		38	1a	v	1	n	n	n	b
pac 528	f		48	3c	m	2	n	n	n	h
pac 529	f		38	2a	m	2	n	s	n	cm
pac 529	f		48	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 530	f		38	3c	h	2	n	n	s	s
pac 530	f		48	3c	h	2	n	n	n	cmh
pac 531	f		38	3c	h	2	n	n	n	s
pac 531	f		48	3c	m	2	n	n	s	s
pac 532	f		38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 532	f		48	1a	m	2	n	s	n	h
pac 533	f		48	2b	v	2	n	s	n	s
pac 534	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 535	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 536	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 536	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 537	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 538	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 538	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 539	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 539	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 540					não está incluso					
pac 541	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 541	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 542	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 542	f		48	3b	m	2	d	s	n	s
pac 543	f		38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 543	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 544	f		38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 544	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 545	f		38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 545	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 546	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 547	f		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 548	f		38	1b	m	2	d	s	n	s
pac 548	f		48	1b	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 549	f		38	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 549	f		48	2b	h	2	m d	n	s	s
pac 550	f		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 551	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 551	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 552	m		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 552	m		48	2b	v	2	n	s	n	s
pac 553	m		38	2b	m	2	n	n	s	s
pac 553	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 554	m		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 555	m				ápice não formado ainda					
pac 556	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 556	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 557	f		38	1a	m	2	m	n	s	h
pac 557	f		48	1a	m	2	m d	n	n	h
pac 558	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 558	m		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 559	m		38	1a	v	2	n	n	n	f
pac 559	m		48	1a	v	2	n	n	s	s
pac 560	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 561	f		38	1a	m	2	n	n	n	f
pac 561	f		48	1a	m	2	n	n	n	f
pac 562	f		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 562	f		48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 563					muito clara					
pac 564	f		38	1a	v	2	n	s	n	s
pac 564	f		48	2a	h	2	n	n	n	s
pac 565	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 565	f		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 566					adiografia muito clara					
pac 567	f		38	2b	m	2				a
pac 567	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 568	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 568	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 569	f		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 569	f		48	2b	m	2	m	n	n	s
pac 570	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 570	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 571	f		38	2b	m	2	n	s	n	f
pac 572	f		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 573	f		38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 573	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 574	f		38	2b	h	2	n	s	n	s
pac 574	f		48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 575	m		38	1a	h	2	n	n	n	s
pac 575	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 576	m		38	2b	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 576	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 577	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 577	m		48	2a	h	2	n	n	n	s
pac 578	m		38	2a	v	2	n	n	n	a
pac 578	m		48	2a	v	2	n	n	n	a
pac 579	m		38	2b	m	2	n	n	n	a
pac 579	m		48	3b	m	2	n	n	n	a
pac 580	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 580	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 581	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 581	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 582	f		38	1a	v	2	mg	n	n	s
pac 582	f		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 583	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 583	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 584	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 584	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 585	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 585	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 586	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 586	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 587	f		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 587	f		48	2a	h	2	m	n	n	s
pac 588	f		38	2a	h	2	n	n	n	s
pac 588	f		48	2a	h	2	n	n	n	s
pac 589	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 589	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 590	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 590	f		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 591	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 591	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 592	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 592	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 593	f		38	1a	m	2	d	n	n	s
pac 593	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 594	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 594	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 595	f		48	3b	d	2	n	s	n	s
pac 596	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 596	f		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 597	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 597	f		48	2a	h	2	n	n	n	s
pac 598					radiografia ruim					
pac 599	f		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 599	f		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 600	m		38	1a	v	2	d	n	n	s
pac 600	m		48	1a	m	2	d	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 601	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 601	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 602	m		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 602	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 603	m		38	1a	m	2	d	n	n	s
pac 603	m		48	1a	m	2	m d	n	n	s
pac 604	f		38	1a	m	2	m d	n	n	s
pac 604	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 605	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 605	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 606	f		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 606	f		48	2b	h	2	n	s	n	s
pac 607	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 607	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 608	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 609	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 609	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 610	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 610	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 611	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 611	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 612	f		38	2a	m	2	n	n	n	f
pac 612	f		48	2a	m	2	n	n	n	f
pac 613	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 613	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 614	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 614	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 615	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 616	f		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 616	f		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 617	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 617	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 618	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 618	f		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 619	f		38	2b	m	2				a
pac 619	f		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 620	f		38	2b	h	2	n	n	n	s
pac 620	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 621	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 621	m		48	2a	h	2	n	n	s	s
pac 622	m		38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 622	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 623	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 624	m		38	2b	m	2	n	s	n	s
pac 624	m		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 625	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 625	m		48	2a	v	2	n	n	s	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 626	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 626	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 627	m		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 628	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 628	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 629	m		38	1a	m	2	m	s	n	s
pac 629	m		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 630	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 631	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 631	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 632	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 632	m		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 633	m		38	1a	m	3	n	n	n	s
pac 633	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 634	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 634	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 635	m		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 635	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 636	m		38	2a	d	2	n	s	n	s
pac 636	m		48	1a	m	2	m	n	n	s
pac 637	m		38	2b	h	2	d	n	n	s
pac 637	m		48	2a	m	2	n	n	s	cm
pac 638	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 638	m		48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 639	m		38	2a	v	2	n	s	n	s
pac 639	m		48	2a	v	2	n	s	n	s
pac 640	m		38	3b	m	2	n	n	n	s
pac 640	m		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 641				ápice não formado ainda						
pac 642	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 642	m		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 643	m		38	2b	h	2	n	n	n	s
pac 643	m		48	3b	h	2	n	n	n	s
pac 644	m		38	2b	h	2	d	n	n	s
pac 644	m		48	2b	m	2	n	n	s	s
pac 645	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 645	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 646				não está incluso						
pac 647	m		38	1a	m	2	m	n	n	s
pac 647	m		48	1a	m	2	d	n	n	s
pac 648				ápice não formado ainda						
pac 649	m		38	2b	m	2	n	n	n	cm
pac 649	m		48	2b	m	2	n	n	n	cm
pac 650				ápice não formado ainda						
pac 651				não está incluso						
pac 652				radiografia muito clara						
pac 653	m		38	2a	m	2	d	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 653	m		48	2a	h	2	n	n	n	s
pac 654	m		38	2a	m	2	n	n	s	s
pac 654	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 655	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 656	m		38	2a	v	2	n	n	s	s
pac 656	m		48	2a	m	2	d	n	s	s
pac 657					não está incluso					
pac 658	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 659	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 659	m		48	1a	m	2	n	n	n	h
pac 660	m		38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 660	m		48	2b	h	2	n	n	s	s
pac 661	m		38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 661	m		48	2b	m	2	m d	n	n	s
pac 662	m		48	2b	m	2	n	n	n	s
pac 663	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 663	m		48	1a	m	2	m	n	n	s
pac 664	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 664	m		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 665	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 665	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 666	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 666	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 667	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 667	m		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 668	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 668	m		48	1a	m	2	n	n	s	s
pac 669	m		38	1a	m	2	n	s	n	s
pac 669	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 670					ápice não formado ainda					
pac 671	m		38	2b	m	2	n	n	n	s
pac 671	m		48	2b	m	2	n	s	n	h
pac 672	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 672	m		48	2a	m	2	n	n	s	s
pac 673	m		38	2b	v	2	n	s	n	h
pac 674	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 674	m		48	1a	m	2	m	n	n	s
pac 675	f		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 675	f		48	2a	h	2	n	n	s	s
pac 676	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 677	m		38	2a	m	2	n	n	n	s
pac 677	m		48	2a	v	2	m	n	n	s
pac 678	m		38	1b	m	2	n	n	n	s
pac 678	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 679	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 679	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 680	m		38	1a	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 680	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 681	f		48	1a	v	2	n	s	n	s
pac 682	f		38	2b	h	2	m dg	n	n	s
pac 682	f		48	2b	h	2	m	n	n	s
pac 683	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 683	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 684	f		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 684	f		48	2b	m	2	n	s	n	s
pac 685	f		38	1a	v	2	n	n	n	s
pac 685	f		48	1a	v	2	n	n	n	s
pac 686					não está incluso					
pac 687	f		48	2a	m	2	n	s	n	s
pac 688	f		38	1a	m	2	n	n	n	f
pac 688	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 689	f		38	2b	v	2	n	n	s	s
pac 689	f		48	1a	m	2	m	n	n	cm
pac 690	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 690	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 691	m		38	2b	m	2	m	n	n	s
pac 691	v		48	2a	v	2	d	s	n	s
pac 692	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 693					ápice não formado ainda					
pac 694	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 694	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 695	f		38	2b	h	1				b
pac 695	f		48	2a	m	2	n	n	n	s
pac 696	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 696	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 697	f		38	2b	m	2	n	s	n	cm
pac 697	f		48	1a	m	2	n	n	n	a
pac 698	f		38	2b	d	1				b
pac 699	f		38	3b	h	2	n	s	n	cm
pac 699	f		48	2b	h	2	n	n	n	s
pac 700	f		38	2a	d	1				b
pac 700	f		48	1a	m	1				b
pac 701	m		38	1a	v	2	m	n	n	s
pac 701	m		48	2a	v	2	n	n	n	s
pac 702					ápice não formado ainda					
pac 703	m		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 703	m		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 704	m		38	1a	m	2	n	n	s	s
pac 705					ápice não formado ainda					
pac 706	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 706	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 707	f		38	2a	m	2	n	s	n	s
pac 707	f		48	1a	m	2	n	s	n	s
pac 708	f		38	1a	m	2	n	n	n	s

Pac.	Sexo	Idade	Dente	Pell & Greg	Miller Winter	Quant.	Dilacer.	fusão	Diverg.	Tipo de Raiz
pac 708	f		48	1a	m	2	n	n	n	s
pac 709	f		38	2a	v	2	n	n	n	s
pac 709	f		48	2a	m	2	m	n	n	s
pac 710	f		38	1a	m	2	n	n	n	s
pac 710	f		48	1a	m	2	n	n	n	s

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
e-mail: mferrari@fob.usp.br

Processo nº 035/2010

Bauru, 3 de maio de 2010.

Senhor Professor,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"ANÁLISE RADIOGRÁFICA DOS TIPOS DE RAÍZES INCIDENTES EM TERCEIROS MOLARES INFERIORES RETIDOS"**, de autoria de Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de 28 de abril de 2010 o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que qualquer alteração efetuada no trabalho de pesquisa, o pesquisador/orientador deverá comunicar ao CEP-FOB/USP, bem como ao final do trabalho enviar um Relatório para novo parecer, o qual será utilizado para publicação científica.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Teresa Atta

Coordenadora

Prof. Dr. Eduardo Sanches Gonçalves

Docente do Departamento de Estomatologia