

INCISÕES PARA TERCEIROS MOLARES INFERIORES INCLUSOS

INCISIONS FOR THIRD INCLUDING LOWER MOLAR

Flávio Martins da Silva *

Ricardo José Barbosa Cabral **

Gislaine Fernandes Felipe **

Eric Stoffer Machado **

Endereço : Rua: Marcolino Martins

Cabral, nº 336. Apto: 401.

Bairro: Centro CEP: 88701-001

Tubarão – SC

Fone: (0xx48) 632-7253 (Residencial).

RESUMO

As cirurgias para remoção de terceiros molares inclusos superiores e principalmente inferiores, tem sido tema de grande abordagem dentro da odontologia moderna. Com relação a este assunto, os autores trazem neste artigo, uma revisão da literatura especializada, sobre os tipos de incisões, suas vantagens e indicações que o cirurgião-dentista pode utilizar na sua clínica diária, proporcionando uma melhora no tratamento dos pacientes.

UNITERMOS:

Incisão, Terceiro Molar, Inclusão.

KEY-WORDS:

Incision, Thrid Molar, Inerrupted.

INTRODUÇÃO

Dente incluso, é todo aquele que quando termina a fase de desenvolvimento, e na sua época normal de irrompimento, continua localizado no interior dos tecidos (MORO et al, 2001; OLIVEIRA et al, 1998).

Segundo OLIVEIRA et al (1985), As causas etiológicas de retenção dental em geral, são fatores locais tais como mecânico, embriológicos em gerais, como hereditariedade, doenças sistêmicas, síndromes e miscigenação de raças.

Os americanos usam o termo impactação, já os franceses utilizam inclusão, retenção é o termo utilizado pelos alemães e hispânico (SAAD NETO at al, 2000; NOGUEIRA et al, 1987; OLIVEIRA et al, 1985)

PETERSON et al (1998) cita que a inclusão pode ocorrer por um excesso de tecido mole, denso revestimento ósseo e erupção dificultada pelo dente adjacente, pois ectópicas do elemento dental, pacientes portadores de síndromes que afetam na formação das maxilares, comprimento insuficiente do arco ósseo, conseqüentemente pouco espaço para a erupção.

Os terceiros molares são freqüentemente o grupo dental a ficarem retidos pois, são os últimos dentes a erupcionar na cavidade oral, com isso diminuindo a possibilidade de encontrar espaços nos maxilares para irromper. Sendo os terceiros molares inferiores o grupo dental de maior retenção (VECCHI et al, 2000; OLIVEIRA et al, 1985; NOGUEIRA et al, 1997; HOWE et al, 1995; MAGALHÃES et al, 1987; CARVALHO et al, 1998/1999; PETERSON et al, 2000; PURICCELLI, et al, 2000; MORO et al, 2001).

A inclusão dentária principalmente dos terceiros molares é um problema que não distingue classes

* M. Sc e Especialista em CTBMF pela UFPEL, Doutor em CTBMF, PUC. RS.

Professor de Anestesiologia, Cirurgia Bucal e Traumatologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL/SC.

** Aluno da Graduação do 7º semestre de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL/SC.

sociais, ela está em todas as camadas da sociedade (VECCHI et al, 2000).

CARVALHO et al (1998/1999), relata que a maior finalidade da incisão é conseguir um acesso adequado, visual e mecânico, da região de interesse.

Antes de executar a incisão sempre devemos saber a anatomia do local a ser feito, e saber que o mesmo apresenta muitas variações de normalidade (MAGALHÃES et al, 1987).

Com isto se torna imprescindível o conhecimento da melhor técnica e a melhor incisão para cada caso, proporcionando assim, segurança e tranquilidade, tanto para o profissional quanto para o paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo MORO et al (2001); OLIVEIRA et al (1985); HOWE et al (1995); PETERSON et al (1998); Winter classificou os terceiros molares inclusos em verticais, mesioangulares, distoangulares, horizontais, lingoangulares, bucoangulares, e linguais totais e raras (quando o terceiro molar esta longe de sua área, distante do processo alveolar, mas em diferentes localizações).

Posteriormente Pell e Gregory realizaram uma modificação na classificação de Winter e acrescentaram a classificação segundo a profundidade relativa do dente dentro do osso e a relação do mesmo com o ramo da mandíbula.

Classe I; é quando houver espaço para o terceiro molar inferior incluso entre o ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior vizinho.

Classe II; quando o espaço entre o ramo da mandíbula e face distal do segundo molar vizinho for menor do que o diâmetro do terceiro molar inferior incluso.

Classe III; quando todo o terceiro molar inferior estiver no ramo da mandíbula.

Este primeiro segmento da classificação, é em relação ao espaço entre o ramo da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior vizinho.

Comparando a profundidade relativa do terceiro molar inferior incluso na mandíbula em relação a oclusal do segundo molar inferior vizinho, Pell e Gregory ainda classificam:

Classe A; quando o plano oclusal do terceiro molar inferior incluso estiver na mesma altura do plano cervical do segundo molar inferior vizinho.

Classe B; quando o plano oclusal do terceiro molar inferior incluso estiver nivelado com o plano cervical do segundo molar vizinho.

Classe C; quando o plano oclusal do terceiro molar inferior incluso estiver abaixo do plano cervical do segundo molar inferior vizinho (PETERSON et al, 1998; HOWE et al, 1995; OLIVEIRA et al, 1985).

Para HOWE (1995), a avaliação pré-operatória do terceiro molar incluso, deve sempre seguir uma sequência de avaliação para o sucesso do ato cirúrgico. A avaliação geral das dificuldades que possam ser encontradas, e das possíveis complicações da cirurgia que venham a ocorrer no trans-operatório, devem

sempre ser avaliadas e nunca subestimadas. Um dado importante a ser sempre analisado é a idade do paciente, suas condições, sua história médica, pregressa e atual, exame clínico minucioso e uma anamnese minuciosa para não deixar de relatar nenhum detalhe.

Quando o paciente tiver pequena abertura de boca ou retrusão mandibular o acesso cirúrgico pode ser deficiente, ao contrário se ele tiver uma boa abertura de boca ou protusão mandibular o acesso à região a ser operada será considerado eficiente facilitando a operação (HOWE, 1995).

Segundo PAZA et al & SANT'ANA FILHO (1999), relatam que é preferível realizar a extração de dentes inclusos na faixa etária de dezoito a vinte e cinco anos, porque o tecido ósseo é menos esclerótico e o reparo tecidual é melhor.

Em procedimentos de dentes inclusos feitos em pacientes jovens, eles toleram melhor o procedimento e recuperam-se mais prontamente, com menor interferências as suas rotinas diárias (PETERSON, 1998).

INDICAÇÕES PARA REMOÇÃO DO TERCEIRO MOLAR INCLUSO:

Segundo LYSELL & ROHLIN (1987); MORO (2001); PETERSON (1998), todos os dentes inclusos depois de terem sido feitos o diagnóstico devem ser removidos.

Para PETERSON (1998), As principais indicações são:

- prevenção da doença periodontal;
- prevenção de carie dentaria;
- prevenção de pericoronarita;
- prevenção de reabsorção radicular;
- dentes impactadas sob próteses dentárias;
- prevenção de tumores odontogênicos;
- tratamento de dor de origem desconhecida;
- prevenção de fratura de mandíbula;
- facilitação do tratamento ortodôntico;
- otimização da saúde periodontal.

MORO (2001), ainda cita situação de pré-irradiação.

Já para SAAD NETO (2000), nenhum dente incluso deve ser removido profilaticamente, citado como exemplo que nenhum apêndice é removido cirurgicamente de forma profilática para se evitar uma apendicite.

CONTRA-INDICAÇÃO PARA A REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS:

Paciente senil;
Paciente com condições médicas comprometidas;
Possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes.

Quando o risco supera o benefício, o procedimento cirúrgico deve ser adiado (PETERSON, 1998). Questão de necessidade e oportunidade. Às vezes é necessário a extração de um dente incluso, mas nem

sempre é oportuno. Em outras situações é oportuno, mas não necessário.

VECCHI (2000), analisou uma pesquisa feita por Small em 1980, na qual ele avalia e relata a razão pela qual foram extraídos os terceiros molares. Foram utilizados mil pacientes agrupados em três grupos, sendo que um dos grupos apresentava paciente abaixo de vinte e cinco anos, o outro de vinte e cinco a trinta e cinco anos, e o último acima dos trinta e cinco anos.

Verificou nesta pesquisa que no grupo abaixo de vinte e cinco anos as causas principais de remoção eram a infecção, causas ortodônticas e dor, no grupo de vinte e cinco a trinta e cinco anos as causas mais comuns era a infecção pericoronar, dor, problemas periodontais e protéticos. Nos pacientes com mais de trinta e cinco anos as razões principais para a remoção eram infecção pericoronar, dor, causa, periodontais, carie e protéticos (VECCHI, 2000).

TIPO DE INCISÃO

Para GRAZIANI (1976), as incisões devem ser relativamente amplas, para depois de ocorrer o deslocamento e o afastamento do retalho mucoperiosteal obtendo um campo operatório amplo e com ótima visibilidade.

As incisões devem ser feitas de forma firme e continua até o osso e sempre feita em osso sadio (MAGALHÃES, 1987).

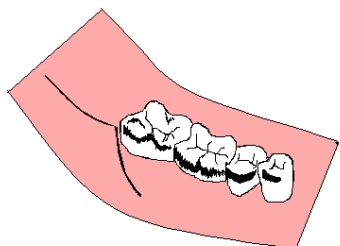
Em 1998/1999 CARVALHO, observou, que a indicação de uma incisão depende do bom senso do cirurgião e seu domínio sobre a técnica, pois o reparo da ferida cirúrgica, depende do trauma feito na área e o tempo trans-operatório.

O retalho deve possuir uma amplitude no qual pode-se fazer estabilização do mesmo e dos instrumentos para remoção de osso, porém sem exagerar para não promover traumas desnecessários (PETERSON, 1998; CENTENO, 1968).

Segundo SAAD NETO (2000), a incisão deve sempre ser feita de tal maneira que traumatize o mínimo possível o retalho decorrente às manobras operatórias.

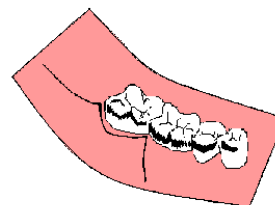
As incisões mais utilizadas são descritas a seguir:

INCISÃO WARD por HOWE: é uma técnica, que parte de uma incisão horizontal sobre a crista do rebordo alveolar até a distal do segundo molar inferior, e uma incisão vertical, partindo da distal do segundo molar em direção oblíqua ao fundo do sulco. (Fig. 1)

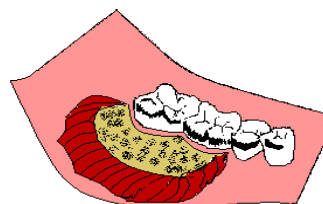


Esta incisão é usada nos casos onde se necessita ter odontosecção corono-radicular, ostectomia em inclusões profundas próximo ao segundo molar em ocasiões de dificuldade de acesso (HOWE, 1995; MAGALHÃES, 1987).

A incisão WARD pode ser modificada quando o espaço for reduzido da distal do segundo molar em inclusões profundas melhorando a visualização do campo operatório (SAAD NETO, 2000; CARVALHO, 1998/1999). (Fig. 2)



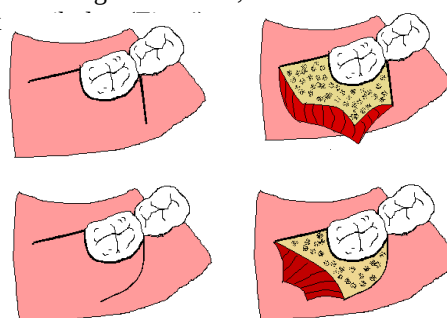
INCISÃO DO TIPO ENVELOPE: estende-se da papila mesial do primeiro molar inferior, passando em volta do colo coronário dos dentes até a porção disto vestibular do segundo molar, seguida de uma extensão posterior lateral do bordo anterior do bordo da mandíbula (Fig. 3)



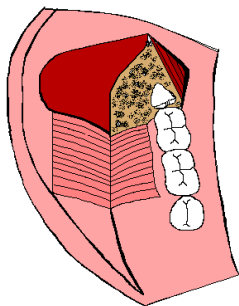
Esse tipo de retalho é indicado para terceiros molares inclusos com variação de amplitude, conforme a posição do dente e pacientes portadores de próteses fixas nos primeiros e segundos molares. Esse tipo de retalho é mais fácil de ser suturado, obtendo ótima cicatrização, porém não é indicado para inclusões profundas, em que o cirurgião necessite de acesso as regiões mais apicais do dente, pois a tendência é tencionar e dilacerar o retalho. A incisão do tipo envelope pode ser usada tanto na maxila quanto na mandíbula (PETERSON, 1998).

SAAD NETO (2000), preconiza este tipo de retalho também para inclusões dentárias no palato.

INCISÃO DE COGSWELL: incisa-se no rebordo alveolar na distal do segundo molar contornando o colo gengival do segundo molar, incisão oblíqua até o fórmex

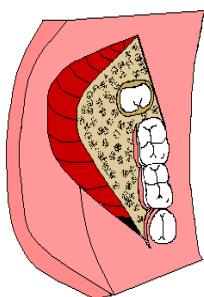


INCISÃO DE LOTTER; incisão horizontal mucoperiosteal na crista do rebordo alveolar até a distal do segundo molar, e uma segunda incisão horizontal mucosa dividindo o retalho a partir da distal do segundo molar preservando a margem gengival dos molares adjacentes e verticalizando a incisão na mesial do primeiro molar. (Fig. 5).

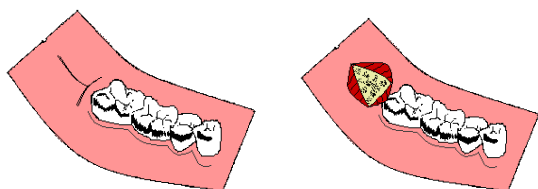


INCISÃO DE SZYMD: esta técnica possui uma incisão relaxante, que segue do ramo ascendente mandibular à distal do segundo molar inferior, contornando-o intra-sulcularmente junto com o primeiro molar inferior e o segundo pré-molar inferior. Sendo que não possui nenhuma relaxante na região vestibular. Sendo o retalho rebatido a seguir.

Tanto a incisão de SZYMD como a de LOTTER são indicadas para pacientes portadores de próteses fixas, nos segundos e primeiros molares. SAAD NETO (2000); CARVALHO (1998/1999), citam que a incisão de LOTTER preconiza o retalho duplo, sendo recomendado para os pacientes que possuam larga margem de gengiva inserida. Porém, tal técnica deve ser evitada, pois existe a dificuldade de se remover esquírolas ósseas remanescentes, sobre a área cruenta do retalho dividido. (Fig. 6)

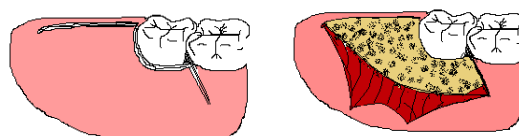


INCISÃO DE CENTENO: incisa-se o rebordo alveolar até a distal do segundo molar depois faz-se uma incisão no sentido vestibulo lingual apenas na parte do rebordo alveolar. (Fig. 7)



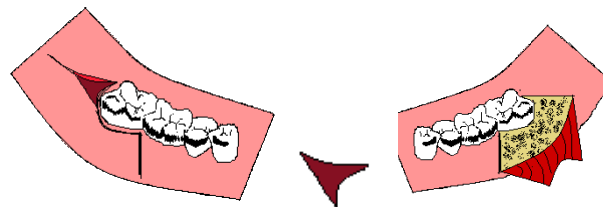
Esta favorece uma área de trabalho muito restrita, tanto no sentido mésio distal como no sentido vestibulo lingual, dificultando manobras cirurgias e a instrumentação pode dilacerar os rebordos da incisão (MAGALHÃES, 1987).

INCISÃO DO TIPO AVELLANAL: esta consiste de uma incisão horizontal sobre a crista do rebordo alveolar, até a distal do segundo molar inferior e uma incisão vertical, anterior ou posteriormente à papila interdental, entre o primeiro e o segundo molar em direção ao fundo de sulco. (Fig. 8)



Esta incisão é utilizada quando houver necessidade de um acesso mais para a apical dos dentes, inclusões profundas propiciam um ótimo campo operatório (SAAAD NETO, 2000).

SAAD NETO (2000) utiliza a AVELLANAL modificada que consiste na retirada da papila retromolar para facilitar na remoção do capuz pericoronário. (Fig. 9)



CONCLUSÃO

A revisão de literatura específica sobre técnicas de incisão para terceiros molares inferiores inclusos, demonstrou a importância da técnica cirúrgica bem aplicada na vida profissional do cirurgião dentista, auxiliando no ato operatório para a exodontia de terceiros molares inclusos, diminuindo riscos e otimizando tempo cirúrgico e a resposta pós-operatória do paciente.

Ainda podemos observar que para remoção de terceiros molares inclusos é a incisão de COGSWELL, bem como a de AVELLANAL e a modificação por SAAD NETO são as mais utilizadas e talvez as mais indicadas pois ela, permitem um excelente campo de trabalho em áreas restritas, em dentes com inclusões profundas, podendo ser usada na maioria dos casos de terceiros molares inclusos aumentando o sucesso do ato cirúrgico feito pelo cirurgião dentista.

ABSTRACT

The surgeries for removal of third superior included molars and mainly inferior, it has been theme of great approach inside of the modern dentistry. Regarding this subject, the authors bring in this present article, a revision of the specialized literature, about the types of incisions, their advantages and indications that the surgeon-dentist can use at his/her daily clinic, providing an improvement in patients` treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, P.S.P.; JÚNIOR, E.F.M.; ARANGA, A. Incisões utilizadas para cirurgia dos Terceiros Molares Superior e Inferiores Inclusos. Uma revista da literatura. **Revista Regional de Araçatuba A.P.C.D.** v. 19/20, p.07-11. 1998/1999.
- CENTENO, G.; A.; R.; **Cirurgia Bucal**. 7 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1968.
- GRAZIANI, M.; **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.
- HOWE, G.L.; *et al.* **Cirurgia Oral Menor**. 3 ed, São Paulo: Santos, 1995.
- LYSELL, L.; ROHLIN, M.; A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *International Journal Oral Surgery*. nº17, p.161-164, 1988.
- PETERSON, L.J.; *et al.* **Cirurgia oral e Maxilofacial Contemporânea**. 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- PURICELLI, E.; *et al.* Clivagem cirúrgica: opção para tratamento radical de terceiros molares inferiores. Estudo in vitro. **Revista Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre. v.42, nº2, p.9-13, Dez. 2000.
- MAGALHÃES, C.A.A. Etiopatogenia dos terceiros molares inclusos e aspectos relevantes da técnica cirúrgica. **HFA-Publicação de Técnica no Centro Brasília**, v.2(3), p.253-258, Jul./Set. 1987.
- MORO, L.M.; GAYOTTO, M.V.; CAMARGO FILHO, G.P. Indicações para cirurgia de terceiros molar inferior. **Revista Instituto Ciências Saúde**. v.19, nº, p.121-125. Jul./Dez. 2001.
- NOGUEIRA, A.S.; *et al.* Principais Transtornos Ocasionados por Dentes Inclusos. **Revista da Associação Paulista Cirurgião Dentista**. v.51, nº3, Maio/Jun. 1997.
- OLIVEIRA, M.G.; *et al.* Dentes Inclusos. **Revista Faculdade Odontologia**, Porto Alegre. v.27, p.37-48. 1985.
- PAZA, A.; SANT`ANA FILHO. Estudo Comparativo entre Técnicas de Incisões para Extrações de Terceiros Molares Inferiores Retidos. **Revista Odontologia Ciência**. nº28, p.7-25. 1999/2000.
- SAAD NETO, S.J.; *et al.* **Sinopse de Cirurgia e Traumatologia BucomaxiloFacial**. Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2000.
- SANTOS NETO, S.J.; *et al.* Terceiros Molar Retido: Indicações e Benefícios da sua Remoção. **Revista**

Brasileira de Cirurgia e Implantodontia. v.4, p.27-45, Out./Dez. 1997.

VECCHI, A.; *et al.* Complicações pré-operatórias associadas à retenção dos terceiros molares inferiores.

Revista Faculdade Odontologia, Porto Alegre. v.42, nº2, p.44-50, Dez. 2000.