



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

RAIANNY INGRID DO NASCIMENTO CHAVES BRITO

**PREVALÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES
IMPACTADOS DE UMA CLÍNICA RADIOLÓGICA DE JOÃO PESSOA/PB**

JOÃO PESSOA-PB

2023

RAIANNY INGRID DO NASCIMENTO CHAVES BRITO

**PREVALÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS
DE UMA CLÍNICA RADIOLÓGICA DE JOÃO PESSOA/PB**

Projeto de Pesquisa de TCC apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Clotilde Mariz Suassuna

JOÃO PESSOA-PB

2023

B877p

Brito, Raianny Ingrid do Nascimento Chaves

Prevalência e classificação de terceiros molares impactados de uma clínica radiológica de João Pessoa/PB / Raianny Ingrid do Nascimento Chaves Brito. – João Pessoa, 2023.

33f.; il.

Orientadora: Prof^ª. D^ª. Fernanda Clotilde Mariz Suassuna.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

RAIANNY INGRID DO NASCIMENTO CHAVES BRITO

**PREVALÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS
DE UMA CLÍNICA RADIOLÓGICA DE JOÃO PESSOA/PB**

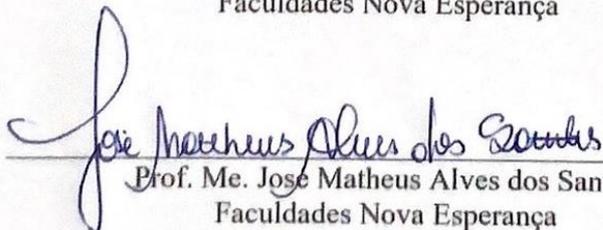
Relatório apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião-dentista.

João Pessoa, 06 de junho de 2023.

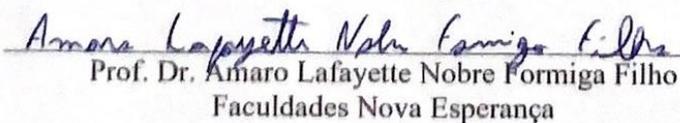
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.ª Fernanda Clotilde Mariz Suassuna
Faculdades Nova Esperança



Prof. Me. José Matheus Alves dos Santos
Faculdades Nova Esperança



Prof. Dr. Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho
Faculdades Nova Esperança

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por até aqui ter me sustentado. A Ele toda a honra e toda glória sejam dadas por tamanha graça e, por em nenhum momento, ter me abandonado nos momentos difíceis.

A minha mãe, meu pai ao meu irmão, minha eterna gratidão por serem meus pilares e canal do Senhor para me ajudar a realizar esse sonho, sem vocês eu nada seria! Amo vocês demais. Agradeço também ao meu namorado e melhor amigo, Salvan, por ser o maior incentivador dos meus sonhos, por toda parceria e por tornar os meus dias mais leves, eu lhe amo muito.

Também não poderia deixar de agradecer aos meus avós e a toda a minha família, que tanto me incentivaram e ajudaram durante toda a graduação, vocês são meu maior tesouro.

Agradeço a todos meus colegas e amados amigos de graduação que estiveram comigo durante essa jornada e por todos momentos compartilhados: Daianny, Juan, Maria Aisleny e Sara. Vocês foram imprescindíveis durante toda a trajetória, que nossa amizade dure por toda a vida.

A todos mestres que tive ao longo da graduação por todo conhecimento passado. E, por fim, agradeço de forma especial aos meus orientadores Profa. Fernanda Mariz e Prof. Matheus Alves, sem suas orientações esse trabalho não seria possível de ser realizado. Muito obrigado!

RESUMO

Os cirurgiões-dentistas enfrentam desafios nas exodontias de terceiros molares, e por isso, no cotidiano clínico, se faz necessário que o profissional saiba as indicações de exodontia para remoção destes dentes, assim como sua classificação, a realização de um adequado planejamento. Este estudo teve como objetivo avaliar e classificar de forma descritiva e quantitativa terceiros molares superiores e inferiores. A pesquisa tratou-se de um estudo transversal do tipo observacional retrospectivo. A amostra foi composta por 498 radiografias panorâmicas do Centro de Imagens Odontológicas da FACENE, no período de 2019 a 2023. A partir da pesquisa realizada, foi possível constatar que há uma maior prevalência de dentes terceiros molares no sexo feminino. Com isso, pode-se dizer também que, neste mesmo sexo, as taxas de presença de dentes maxilares são maiores que as dos dentes mandibulares. Na classificação de Pell & Gregory, a posição "A" foi a mais predominante em ambos os sexos. A classe I foi a mais presente em todos os terceiros molares. Em Winter, foi observado que a posição mais prevalente foi a Vertical, sendo a maioria pacientes eram do sexo feminino, entre 21 aos 30 anos de idade. Já o cisto paradentário, é mais prevalente no sexo feminino, em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade. A pesquisa entrou em concordância com a maioria dos estudos selecionados. A partir dos dados expostos e resultados obtidos, pôde-se perceber a importância do estudo para os cirurgiões-dentistas, para um melhor atendimento, através de um bom planejamento.

Palavras-chave: Radiografia; Dente Impactado; Terceiro Molar; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Dentists face challenges in the extractions of third molars, and therefore, in the clinical routine, it is necessary that the professional knows the indications of extraction for removal of these teeth, as well as their classification, the realization of an adequate planning. This study aimed to evaluate and classify in a descriptive and quantitative way upper and lower third molars. The research was a cross-sectional retrospective observational study. The sample consisted of 498 panoramic radiographs from the Dental Imaging Center of FACENE, from 2019 to 2023. From the research carried out, it was possible to verify that there is a higher prevalence of third molar teeth in females. With this, it can also be said that, in this same sex, the rates of presence of maxillary teeth are higher than those of mandibular teeth. In the Pell & Gregory classification, the "A" position was the most predominant in both sexes. Class I was the most present in all third molars. In Winter, it was observed that the most prevalent position was the Vertical position, and most patients were female, between 21 and 30 years of age. The paradentary cyst, on the other hand, is more prevalent in females, in patients between 21 and 30 years of age. The research was in agreement with most of the selected studies. From the data exposed and results obtained, it was possible to perceive the importance of the study for dentists, for a better service, through good planning.

Keywords: Radiography; Impacted Tooth; Third Molar; Oral Surgery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FACENE	Faculdade Nova Esperança
NAI	Nervo Alveolar Inferior
NL	Nervo Lingual
RP	Radiografia Panorâmica
TC	Tomografia Computadorizada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
MATERIAIS E MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

Os cirurgiões-dentistas enfrentam desafios com pacientes que necessitam de exodontias de terceiros molares¹. Isso ocorre devido à, principalmente, fatores relacionados as patologias associadas à impactação do dente, reabsorção radicular dos elementos dentários adjacentes, infecção, potencial desenvolvimento de tumores de origem odontogênica, e condições não patológicas². No cotidiano clínico, se faz necessário que o profissional saiba as indicações para exodontia de terceiros molares, assim como sua classificação, para realização de um adequado planejamento e riscos potenciais³.

Para um bom planejamento, faz-se necessária a realização de exames complementares, principalmente hematológicos e de imagem. Dentre os exames de imagem, o mais comumente utilizado é a radiografia panorâmica, realizada para diagnóstico, planejamento do tratamento e preservação do paciente. Este tipo de exame imaginológico tem como função fornecer a ampla visão do complexo maxilomandibular e estruturas adjacentes, com o objetivo de auxiliar um correto tratamento e menores taxas de complicações⁴.

Apesar das cirurgias de terceiros molares serem consideradas rotineiras dentro de um consultório odontológico, apresenta riscos, isso ocorre devido a íntima relação de terceiros molares com estruturas nobres presentes no canal mandibular⁵. Em molares superiores, podemos citar o deslocamento do terceiro molar para o seio maxilar, e as lesões ao nervo alveolar superior e ramo bucal do nervo facial⁶. Pode-se citar também as impactações e acidentes transoperatórios, como as hemorragias e lesões a feixes vasculo-nervosos⁷.

Os terceiros molares apresentam dificuldade de erupção devido a sua localização na arcada dentária¹. Por isso, estes dentes possuem uma classificação, que pode ser dividida em terceiros molares semi-inclusos, inclusos e/ou impactados⁸. Além dessa classificação, esses dentes podem, ainda, serem classificados de acordo com a quantidade de osso que os recobre. Pell e Gregory (1933), classificaram os terceiros molares de acordo com a profundidade da inclusão em relação a linha de oclusão, e os terceiros molares inferiores podem ser classificados de acordo com a sua relação com a borda mandibular. Já Winter (1926), classificou de acordo com a posição relacionada ao longo eixo do segundo molar inferior, sendo estes definidos como vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, vestibuloangular, linguoangular e invertido⁹.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo determinar a prevalência e a classificação de terceiros molares, seguindo as classificações de Winter, e de Pell e Gregory. Assim como traçar o perfil epidemiológico desses pacientes em relação a idade e o sexo, e presença de lesões associadas em uma clínica radiológica de João Pessoa/PB, visando aprimorar o planejamento cirúrgico, e conseqüentemente diminuir o risco de complicações operatórias.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de ética sob o parecer substanciado do CEP de número 68093723.5.0000.5179, se caracterizou como um estudo transversal retrospectivo, que ocorreu no Centro de Imagens da Clínica de Odontologia das Faculdades Nova Esperança, situada na Avenida Frei Galvão, n 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-695. A amostra foi composta por 498 radiografias panorâmicas de pacientes a partir dos 16 anos de idade, atendidos no Centro de Imagens Odontológicas da Clínica-Escola da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

A amostra caracterizou-se como não probabilística e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Dentre os critérios de inclusão, estão: radiografias panorâmicas digitais adquiridas entre os anos de 2019 a 2023 e pacientes com dentição permanente a partir dos 16 anos de idade. Já dentro dos critérios de exclusão, estão: pacientes com presença de trauma facial, dentes com anomalia de forma, pacientes cometidos por síndromes, imagens com distorções e terceiros molares em formação (apenas a partir do 8º estágio de Nolla). Os dados foram analisados através do *Statistical Program Software* - SPSS® 20.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Para avaliar a distribuição normal, foi realizado o teste *Qui-quadrado de Pearson*. Nos casos em que houve distribuição normal, foi realizado do teste *t Student*. Valores de $p \leq 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

A coleta fez parte de uma análise documental dos registros imaginológicos da clínica escola. Inicialmente, as radiografias foram classificadas de forma numérica, a fim de resguardar a identificação do paciente. Também foi adicionado a idade, sexo do indivíduo e presença do dente terceiro molar bilateralmente. Nos casos em que este elemento dentário esteve presente, classificou-se de acordo com Pell e Gregory em posição A, posição B ou posição C, e ainda em classe I, classe II ou classe III. Tais dados foram adicionados em uma tabela que para analisar a distribuição quantitativa e

qualitativa das características destes dentes. O paciente foi dividido em até quatro indivíduos, de acordo com a quantidade de terceiros molares inferiores e superiores presentes, sendo o mesmo classificado ou caracterizado de acordo com a ordem de quadrantes.

Os terceiros molares foram avaliados de acordo com a classificação de Winter, onde o paciente foi dividido em quatro indivíduos, de acordo com a quantidade de terceiros molares presentes. Se faz importante ressaltar que, ao realizar a classificação de Winter, foi possível realizar apenas as seguintes classificações: Vertical, Mesioangular, Distoangular, Horizontal, Invertido e Transalveolar. Não foi possível classificá-los em Vestibuloangular e Linguoangular devido ao tipo de radiografia utilizada na pesquisa.

Além disto, foi avaliado a presença ou ausência do cisto paradentário associado ao terceiro molar. Tais dados foram adicionados em tabelas para analisar a distribuição quantitativa e qualitativa das características destes dentes.

RESULTADOS

A partir das 498 (100%) radiografias panorâmicas observadas e classificadas no Centro de Imagens Radiológicas da Clínica Escola de Odontologia das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, 294 (59,04%) radiografias pertenciam ao sexo feminino e 204 (40,96%) ao sexo masculino. Ao total, foram contabilizados 1.543 (100%) terceiros molares presentes, os quais foram analisados e classificados.

Em relação ao sexo e presença dos elementos dentários, houve relevância estatisticamente significativa apenas no elemento 38, onde mostrou-se mais prevalente no sexo feminino ($p=0,033$). Já na relação entre a faixa etária e a presença destes dentes, houve relevância ($p=0,000$). Os dentes encontram-se presentes principalmente em pacientes entre 21 a 30 anos de idade (55,52%), e sua ausência foi identificada com maior prevalência entre indivíduos também desta faixa etária (44,48%) (TABELA 1).

Na classificação de Pell e Gregory, no que diz respeito a sua posição (TABELA 2), foi observada uma relevância estatisticamente significativa apenas no elemento 28, onde pôde-se certificar que a posição A é a mais encontrada (71,47%), embora mais prevalente no sexo feminino ($p=0,046$). Além disso, essa posição foi observada em maior quantidade em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade em todos os elementos dentários ($p=0,000$). Em relação a borda mandibular (TABELA 3), a sua relação com o sexo dos pacientes não apresentou relevância estatisticamente significativa. Porém, em relação a

idade e classe, nos elementos 18 (44,16%), 28 (46,37%), 38 (42,11%) e 48 (38,42%), pode-se observar que a classe I está mais presente em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade ($p=0,000$).

Quando levado em consideração a classificação de Winter (TABELA 4), em relação ao sexo, os elementos 38 (48,21%) e 48 (48,21%), apresentaram uma relevância estatisticamente significativa em relação a presença de uma maior porcentagem da posição vertical no sexo feminino ($p=0,000$). Já em relação a faixa etária, observou-se que a posição vertical se apresentou com maior relevância entre os 21 e 30 anos de idade ($p=0,000$).

Por fim, foram observados dados em relação ao cisto paradentário (TABELA 5). Em sexo e presença ou ausência do cisto, houve relevância apenas no elemento 38, onde o sexo feminino apresentou tanto uma maior ausência do cisto, quanto menor ($p=0,038$). Já em relação a faixa etária, a informação mostrou-se relevante nos elementos dentários 18 ($p=0,001$), 28 ($p=0,002$), 38 ($p=0,000$) e 48 ($p=0,000$), em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade, sendo estes os pacientes mais acometidos.

Tabela 1. Associação entre a presença ou ausência do elemento dentário e o sexo e a faixa etária do indivíduo

CLASSIFICAÇÃO	DENTE 18		<i>p</i> *	DENTE 28		<i>p</i> *	DENTE 38		<i>p</i> *	DENTE 48		<i>p</i> *	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente		Presente	Ausente		Presente	Ausente		
SEXO	Feminino	221 (57,55%)	73 (64,60%)	0,198	222 (57,36%)	72 (64,86%)	0,157	215 (56,43%)	79 (67,52%)	0,033	226 (57,80%)	68 (63,55%)	0,284
	Masculino	163 (42,45%)	40 (35,40%)		165 (42,64%)	39 (35,14%)		166 (43,57)	38 (32,48%)		165 (42,20%)	39 (36,45%)	
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	45 (11,72%)	2 (1,77%)	0,000	44 (11,37%)	3 (2,70%)	0,000	46 (12,07%)	1 (0,85%)	0,000	46 (11,76%)	1 (0,934%)	0,000
	21 a 30	175 (45,57%)	37 (32,74%)		180 (46,51%)	32 (28,83%)		171 (44,88%)	41 (35,04%)		178 (45,52%)	34 (31,78%)	
	31 a 40	65 (16,93%)	19 (16,81%)		63 (16,28%)	22 (19,82%)		63 (16,54%)	22 (18,80%)		67 (17,14%)	18 (16,82%)	
	41 a 50	46 (11,98%)	17 (15,04%)		48 (12,40%)	15 (13,51%)		42 (11,02%)	21 (17,95%)		43 (11,00%)	20 (18,69%)	
	51 a 60	33 (8,59%)	21 (18,58%)		34 (8,79%)	20 (18,02%)		33 (8,66%)	21 (17,95%)		30 (7,67%)	24 (22,43%)	
	61 a 70	17 (4,43%)	11 (9,73%)		15 (3,88%)	13 (11,71%)		19 (4,99%)	9 (7,69%)		21 (5,37%)	7 (6,54%)	
	71 a 80	1 (0,26%)	6 (5,31%)		1 (0,25%)	6 (5,41%)		7 (1,84%)	0 (0)		5 (1,28%)	2 (1,87%)	
	81 a 90	2 (0,52%)	0 (0)		2 (0,51%)	0 (0)		0 (0)	2 (1,71%)		1 (0,255%)	1 (0,934%)	

*p** = Teste Qui-quadrado de Pearson

Tabela 2. Associação entre a posição de Pell e Gregory, ausência, anomalia ou extrusão do elemento dentário, ausência do seu adjacente, com o sexo e a faixa etária do indivíduo.

		DENTE 18						
CLASSIFICAÇÃO		POSIÇÃO A	POSIÇÃO B	POSIÇÃO C	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA	EXTRUSÃO
SEXO	Feminino	141 (55,51%)	41 (70,69%)	21 (55,26%)	71 (64,55%)	12 (50%)	2 (50%)	6 (60%)
	Masculino	113 (44,49%)	17 (29,31%)	17 (44,74%)	39 (35,45%)	12 (50%)	2 (50%)	4 (40%)
<i>p* = 0,310</i>								
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	18 (7,09%)	18 (31,03%)	8 (21,05%)	0 (0%)	2 (1,82%)	1 (25%)	0 (0%)
	21 a 30	117 (46,06%)	31 (53,45%)	23 (60,53%)	37 (33,64%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (20%)
	31 a 40	50 (19,69%)	5 (8,62%)	4 (10,53%)	19 (17,27%)	2 (8,33%)	1 (25%)	4 (40%)
	41 a 50	34 (13,39%)	1 (1,72%)	3 (7,89%)	16 (14,55%)	8 (33,33%)	0 (0%)	1 (10%)
	51 a 60	24 (9,45%)	3 (5,17%)	0 (0%)	19 (17,27%)	7 (29,17%)	0 (0%)	1 (10%)
	61 a 70	10 (3,94%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (10%)	7 (29,17%)	0 (0%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (0,393%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5,45%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	81 a 90	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)
<i>p* = 0,000</i>								
		DENTE 28						
CLASSIFICAÇÃO		POSIÇÃO A	POSIÇÃO B	POSIÇÃO C	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA	EXTRUSÃO
SEXO	Feminino	138 (54,55%)	43 (71,67%)	20 (48,78%)	78 (67,24%)	21 (51,22%)	1 (100%)	2 (50%)
	Masculino	115 (45,45%)	17 (28,33%)	21 (51,22%)	38 (32,76%)	20 (48,78%)	0 (0%)	2 (50%)
<i>p* = 0,046</i>								
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	18 (7,11%)	18 (30%)	8 (19,51%)	1 (0,862%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
	21 a 30	122 (48,22%)	31 (51,67%)	22 (53,66%)	40 (34,48%)	5 (12,20%)	0 (0%)	0 (0%)
	31 a 40	49	3	5	21	1	0	0

	(19,37%)	(5,00%)	(12,20%)	(18,10%)	(2,44%)	(0%)	(0%)
41 a 50	29	5	3	20	12	0	0
	(11,46%)	(8,33%)	(7,32%)	(17,24%)	(29,27%)	(0%)	(0%)
51 a 60	24	1	3	22	12	0	2
	(9,49%)	(1,67%)	(7,32%)	(18,97%)	(29,27%)	(0%)	(50%)
61 a 70	9	2	0	9	8	0	2
	(3,56%)	(3,33%)	(0%)	(7,76%)	(19,51%)	(0%)	(50%)
71 a 80	1	0	0	1	3	0	0
	(0,395%)	(0%)	(0%)	(0,862%)	(7,32%)	(0%)	(0%)
81 a 90	1	0	0	2	0	0	0
	(0,395%)	(0%)	(0%)	(1,72%)	(0%)	(0%)	(0%)

$p^* = 0,000$

DENTE 38

CLASSIFICAÇÃO		POSIÇÃO A	POSIÇÃO B	POSIÇÃO C	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA	EXTRUSÃO
SEXO	Feminino	106	76	10	78	21	1	2
		(55,79%)	(58,91%)	(58,82%)	(67,24%)	(51,22%)	(100%)	(50%)
	Masculino	84	53	7	38	20	0	2
		(44,21%)	(41,09%)	(41,18%)	(32,76%)	(48,78%)	(0%)	(50%)

$p^* = 0,432$

FAIXA ETÁRIA	16 a 20	10	32	3	1	0	1	0
		(5,26%)	(24,81%)	(17,65%)	(0,862%)	(0%)	(100%)	(0%)
	21 a 30	85	75	7	40	5	0	0
		(44,74%)	(58,14%)	(41,18%)	(34,48%)	(12,20%)	(0%)	(0%)
	31 a 40	43	17	3	21	1	0	0
		(22,63%)	(13,18%)	(17,65%)	(18,10%)	(2,44%)	(0%)	(0%)
	41 a 50	24	4	3	20	12	0	0
		(12,63%)	(3,10%)	(17,65%)	(17,24%)	(29,27%)	(0%)	(0%)
51 a 60	17	0	1	22	12	0	2	
	(8,95%)	(0%)	(5,88%)	(18,97%)	(29,27%)	(0%)	(50%)	
61 a 70	9	0	0	9	8	0	2	
	(4,74%)	(0%)	(0%)	(7,76%)	(19,51%)	(0%)	(50%)	
71 a 80	2	1	0	1	3	0	0	
	(1,05%)	(0,775%)	(0%)	(0,862%)	(7,32%)	(0%)	(0%)	
81 a 90	0	0	0	2	0	0	0	
	(0%)	(0%)	(0%)	(1,72%)	(0%)	(0%)	(0%)	

$p^* = 0,000$

DENTE 48

CLASSIFICAÇÃO		POSIÇÃO A	POSIÇÃO B	POSIÇÃO C	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA	EXTRUSÃO
SEXO	Feminino	117 (57,92%)	68 (59,13%)	12 (50%)	0 (0%)	20 (50%)	8 (80%)	1 (50%)
	Masculino	85 (42,08%)	47 (40,87%)	12 (50%)	0 (0%)	20 (50%)	2 (20%)	1 (50%)
<i>p* = 0,529</i>								
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	14 (6,93%)	26 (22,61%)	5 (20,83%)	1 (0,961%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)
	21 a 30	88 (43,56%)	69 (60%)	13 (54,17%)	34 (32,69%)	4 (10%)	3 (30%)	0 (0%)
	31 a 40	44 (21,78%)	16 (13,91%)	4 (16,67%)	17 (16,35%)	3 (7,50%)	0 (0%)	1 (50%)
	41 a 50	31 (15,35%)	3 (2,61%)	0 (0%)	19 (18,27%)	10 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
	51 a 60	13 (6,44%)	0 (0%)	1 (4,17%)	23 (22,12%)	12 (30%)	5 (50%)	0 (0%)
	61 a 70	11 (5,45%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6,73%)	9 (22,50%)	1 (10%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (0,495%)	1 (0,869%)	1 (4,17%)	2 (1,92%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
	81 a 90	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,961%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
<i>p* = 0,000</i>								

p = Teste Qui-quadrado de Pearson*

Tabela 3. Associação entre a classe de Pell e Gregory, ausência, anomalia ou extrusão do elemento dentário, ausência do seu adjacente, com o sexo e a faixa etária do indivíduo.

		DENTE 18				
CLASSIFICAÇÃO		CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	106 (36,05%)	24 (8,16%)	92 (31,29%)	72 (24,49%)	0 (0%)
	Masculino	91 (44,61%)	17 (8,33%)	57 (27,94%)	37 (18,14%)	2 (0,980%)
<i>p* = 0,100</i>						
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	11 (23,40%)	8 (17,02%)	26 (55,32%)	2 (4,26%)	0 (0%)
	21 a 30	87 (41,04%)	21 (9,91%)	66 (31,13%)	37 (17,45%)	1 (0,471%)
	31 a 40	37 (3,53%)	6 (7,06%)	22 (25,88%)	19 (22,35%)	1 (1,18%)
	41 a 50	27 (42,86%)	4 (6,35%)	17 (26,98%)	15 (23,81%)	0 (0%)
	51 a 60	24 (44,44%)	1 (1,85%)	9 (16,67%)	20 (3,70%)	0 (0%)
	61 a 70	9 (32,14%)	0 (0%)	9 (32,14%)	10 (35,71%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (14,29%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (85,71%)	0 (0%)
	81 a 90	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>p* = 0,000</i>						
		DENTE 28				
CLASSIFICAÇÃO		CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	93 (31,63%)	27 (9,18%)	100 (34,01%)	73 (24,83%)	1 (0,340%)
	Masculino	86 (42,16%)	16 (7,84%)	63 (30,88%)	38 (18,63%)	1 (0,490%)
<i>p* = 0,167</i>						
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	12 (25,53%)	8 (17,02%)	24 (51,06%)	3 (6,38%)	0 (0%)
	21 a 30	83 (39,15%)	23 (0,943%)	72 (33,96%)	32 (15,09%)	2 (0,943%)
	31 a 40	33 (38,82%)	4 (4,71%)	26 (30,59%)	22 (25,88%)	0 (0%)
	41 a 50	23 (36,51%)	4 (6,35%)	20 (31,75%)	16 (25,40%)	0 (0%)
	51 a 60	17	1	15	21	0

		(31,48%)	(1,85%)	(27,78%)	(38,89%)	(0%)
	61 a 70	9	2	5	12	0
		(32,14%)	(7,14%)	(17,86%)	(3,57%)	(0%)
	71 a 80	1	0	1	5	0
		(14,29%)	(0%)	(14,29%)	(71,43%)	(0%)
	81 a 90	1	1	0	0	0
		(50%)	(50%)	(0%)	(0%)	(0%)

$p^* = 0,000$

DENTE 38

CLASSIFICAÇÃO		CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	98	82	34	80	0
		(33,33%)	(27,89%)	(11,56%)	(27,21%)	(0%)
	Masculino	96	48	20	40	0
		(47,06%)	(23,53%)	(9,80%)	(19,61%)	(0%)

$p^* = 0,019$

FAIXA ETÁRIA	16 a 20	11	28	7	1	0
		(23,40%)	(59,57%)	(14,89%)	(2,13%)	(0%)
	21 a 30	80	63	28	41	0
		(37,74%)	(29,72%)	(13,21%)	(19,34%)	(0%)
	31 a 40	26	26	11	22	0
		(30,59%)	(30,59%)	(12,94%)	(25,88%)	(0%)
	41 a 50	30	8	4	21	0
		(47,62%)	(12,70%)	(6,35%)	(33,33%)	(0%)
	51 a 60	26	4	2	22	0
	(48,15%)	(7,41%)	(3,70%)	(40,74%)	(0%)	
61 a 70	17	1	0	10	0	
	(60,71%)	(3,57%)	(0%)	(35,71%)	(0%)	
71 a 80	0	0	0	2	0	
	(0%)	(0%)	(0%)	(100%)	(0%)	
81 a 90	0	0	0	0	0	
	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	

$p^* = 0,000$

DENTE 48

CLASSIFICAÇÃO		CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	109	84	32	68	1
		(37,07%)	(28,57%)	(10,88%)	(2,04%)	(0,340%)
	Masculino	94	54	18	38	0
		(46,08%)	(2,45%)	(8,82%)	(18,63%)	(0%)

		$p^* = 0,294$				
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	11 (23,40%)	27 (57,45%)	8 (17,02%)	1 (2,13%)	0 (0%)
	21 a 30	78 (36,79%)	72 (33,96%)	27 (12,74%)	35 (16,51%)	0 (0%)
	31 a 40	35 (41,18%)	24 (28,24%)	9 (10,59%)	16 (18,82%)	1 (1,18%)
	41 a 50	33 (3,53%)	9 (10,59%)	1 (1,18)	20 (23,53%)	0 (0%)
	51 a 60	24 (44,44%)	5 (9,26%)	2 (3,70%)	23 (42,59%)	0 (0%)
	61 a 70	18 (64,29%)	0 (0%)	2 (7,14%)	8 (28,57%)	0 (0%)
	71 a 80	3 (42,86%)	1 (14,29%)	1 (14,29%)	2 (28,57%)	0 (0%)
	81 a 90	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)
			$p^* = 0,000$			

$p^* = \text{Teste Qui-quadrado de Pearson}$

Tabela 4. Associação entre a classificação de Winter, ausência, anomalia ou extrusão do elemento dentário, ausência do seu adjacente, com o sexo e a faixa etária do indivíduo

		DENTE 18						
CLASSIFICAÇÃO		VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA
SEXO	Feminino	149 (56,87%)	40 (70,18%)	25 (53,19%)	0 (0%)	71 (63,96%)	9 (50%)	0 (0%)
	Masculino	113 (43,13%)	17 (29,82%)	22 (46,81%)	1 (100%)	40 (36,04%)	9 (50%)	2 (100%)
		<i>p* = 0,119</i>						
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	23 (8,78%)	12 (21,05%)	9 (19,15%)	0 (0%)	3 (2,70%)	0 (0%)	0 (0%)
	21 a 30	119 (45,42%)	28 (49,12%)	27 (57,45%)	1 (100%)	36 (32,43%)	0 (0%)	1 (50%)
	31 a 40	54 (20,61%)	5 (8,77%)	6 (12,77%)	0 (0%)	18 (16,22%)	1 (5,56%)	1 (50%)
	41 a 50	31 (11,83%)	2 (3,51%)	5 (10,64%)	0 (0%)	16 (14,41%)	9 (50%)	0 (0%)
	51 a 60	24 (9,16%)	5 (8,77%)	0 (0%)	0 (0%)	21 (18,92%)	4 (22,22%)	0 (0%)
	61 a 70	9 (3,44%)	4 (7,02%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (9,91%)	4 (22,22%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (0,381%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5,41%)	0 (0%)	0 (0%)
	81 a 90	1 (0,381%)	1 (1,75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
			<i>p* = 0,000</i>					
		DENTE 28						
CLASSIFICAÇÃO		VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA
SEXO	Feminino	151 (56,98%)	45 (71,43%)	20 (46,51%)	1 (100%)	69 (62,73%)	7 (53,85%)	1 (50%)
	Masculino	114 (43,02%)	18 (28,57%)	23 (53,49%)	0 (0%)	41 (37,27%)	6 (46,15%)	1 (50%)
		<i>p* = 0,204</i>						
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	23 (8,68%)	12 (19,05%)	8 (18,60%)	0 (0%)	4 (3,64%)	0 (0%)	0 (0%)
	21 a 30	122 (46,04%)	24 (38,10%)	29 (67,44%)	0 (0%)	32 (29,09%)	2 (15,38%)	2 (10%)
	31 a 40	53 (20%)	7 (11,11%)	3 (6,98%)	1 (100%)	20 (18,18%)	1 (7,69%)	0 (0%)

41 a 50	34 (12,83%)	5 (7,94%)	3 (6,98%)	0 (0%)	15 (13,64%)	6 (46,15%)	0 (0%)
51 a 60	21 (7,92%)	10 (15,87%)	0 (0%)	0 (0%)	21 (19,09%)	2 (15,38%)	0 (0%)
61 a 70	10 (3,77%)	4 (6,35%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (10,91%)	2 (15,38%)	0 (0%)
71 a 80	1 (0,377%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5,45%)	0 (0%)	0 (0%)
81 a 90	1 (1,59%)	1 (1,59%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

$p^* = 0,000$

CLASSIFICAÇÃO		VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA
SEXO	Feminino	99 (56,57%)	86 (63,24%)	20 (62,50%)	6 (30,00%)	69 (65,09%)	14 (48,28%)	0 (0%)
	Masculino	76 (43,43%)	50 (36,76%)	12 (37,50%)	14 (70,00%)	37 (34,91%)	15 (51,72%)	0 (0%)

$p^* = 0,041$

FAIXA ETÁRIA	16 a 20	14 (7,95%)	23 (17,69%)	3 (12,50%)	6 (23,08%)	1 (0,900%)	0 (0%)	0 (0%)
	21 a 30	94 (53,41%)	52 (40%)	14 (58,33%)	10 (38,46%)	39 (35,14%)	3 (9,68%)	0 (0%)
	31 a 40	33 (18,75%)	18 (13,85%)	4 (16,67%)	7 (26,92%)	20 (18,02%)	3 (9,68%)	0 (0%)
	41 a 50	20 (11,36%)	11 (8,46%)	2 (8,33%)	2 (7,69%)	20 (18,02%)	8 (25,81%)	0 (0%)
	51 a 60	10 (5,68%)	13 (10%)	1 (4,17%)	1 (3,85%)	20 (18,02%)	9 (29,03%)	0 (0%)
	61 a 70	3 (1,70%)	11 (8,46%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (8,11%)	5 (16,13%)	0 (0%)
	71 a 80	2 (1,14%)	2 (1,54%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (9,68%)	0 (0%)
	81 a 90	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,80%)	0 (0%)	0 (0%)

$p^* = 0,000$

CLASSIFICAÇÃO		VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	AUSENTE	ADJACENTE AUSENTE	ANOMALIA
SEXO	Feminino	99	86	20	6	69	14	0

	Masculino	(56,57%) 76 (43,43%)	(63,24%) 50 (36,76%)	(62,50%) 12 (37,50%)	(30%) 14 (70%)	(64,15%) 37 (34,91%)	(48,28%) 15 (51,72%)	(0%) 0 (0%)
<i>p* = 0,041</i>								
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	16 (9,14%)	23 (16,91%)	3 (9,38%)	4 (20%)	1 (0,943%)	0 (0%)	0 (0%)
	21 a 30	85 (48,57%)	58 (42,65%)	21 (65,63%)	10 (50%)	34 (32,08%)	4 (13,79%)	0 (0%)
	31 a 40	33 (18,86%)	23 (16,91%)	5 (15,63%)	5 (25%)	17 (16,04%)	2 (6,90%)	0 (0%)
	41 a 50	23 (13,14%)	11 (8,09%)	2 (6,25%)	0 (0%)	20 (18,87%)	7 (24,14%)	0 (0%)
	51 a 60	11 (6,29%)	10 (7,35%)	0 (0%)	1 (5%)	24 (22,64%)	8 (27,59%)	0 (0%)
	61 a 70	5 (2,86%)	10 (7,35%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6,60%)	6 (20,69%)	0 (0%)
	71 a 80	2 (1,14%)	0 (0%)	1 (3,13%)	0 (0%)	2 (1,89%)	2 (6,90%)	0 (0%)
	81 a 90	0 (0%)	1 (0,735%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,943%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>p* = 0,000</i>								
<i>p* = Teste Qui-quadrado de Pearson</i>								

Tabela 5. Associação entre a presença e ausência do cisto paradentário, ausência ou elemento e anomalia relacionada ao mesmo, juntamente com sexo e faixa etária do indivíduo.

CLASSIFICAÇÃO		NÃO	SIM	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	225 (58,29%)	1 (25%)	68 (64,15%)	0 (0%)
	Masculino	161 (41,71%)	3 (75%)	38 (35,85%)	2 (100%)
<i>p* = 0,110</i>					
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	43 (11,14%)	1 (25%)	3 (2,83%)	0 (0%)
	21 a 30	172 (44,56%)	3 (75%)	36 (33,96%)	1 (50%)
	31 a 40	68 (17,62%)	0 (0%)	16 (15,09%)	1 (50%)
	41 a 50	49 (12,69%)	0 (0%)	14 (13,21%)	0 (0%)
	51 a 60	33 (8,55%)	0 (0%)	21 (19,81%)	0 (0%)
	61 a 70	18 (4,66%)	0 (0%)	10 (9,43%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (0,259%)	0 (0%)	6 (5,66%)	0 (0%)
	81 a 90	2 (0,518%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>p* = 0,001</i>					
DENTE 28					
CLASSIFICAÇÃO		NÃO	SIM	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	184 (55,09%)	36 (66,67%)	74 (67,27%)	0 (0%)
	Masculino	150 (44,91%)	18 (33,33%)	36 (32,73%)	1 (100%)
<i>p* = 0,358</i>					
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	42 (10,77%)	1 (50%)	4 (3,81%)	0 (0%)
	21 a 30	179 (45,90%)	1 (50%)	31 (29,52%)	0 (0%)
	31 a 40	66 (16,92%)	0 (0%)	19 (18,10%)	0 (0%)
	41 a 50	48 (12,31%)	0 (0%)	15 (14,29%)	0 (0%)
	51 a 60	34	0	20	0

		(8,72%)	(0%)	(19,05%)	(0%)
	61 a 70	18 (4,62%)	0 (0%)	10 (9,52%)	0 (0%)
	71 a 80	1 (0,256%)	0 (0%)	6 (5,71%)	0 (0%)
	81 a 90	2 (0,512%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

$p^* = 0,002$

DENTE 38

CLASSIFICAÇÃO		NÃO	SIM	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	184 (55,09%)	36 (66,67%)	74 (67,27%)	0 (0%)
	Masculino	150 (44,91%)	18 (33,33%)	36 (32,73%)	0 (0%)

$p^* = 0,038$

FAIXA ETÁRIA	16 a 20	29 (8,68%)	17 (31,48%)	1 (0,909%)	0 (0%)
	21 a 30	151 (45,21%)	23 (42,59%)	38 (34,55%)	0 (0%)
	31 a 40	58 (17,37%)	7 (12,96%)	20 (18,18%)	0 (0%)
	41 a 50	39 (11,68%)	3 (5,56%)	21 (19,09%)	0 (0%)
	51 a 60	31 (9,28%)	3 (5,56%)	20 (18,18%)	0 (0%)
	61 a 70	19 (5,69%)	1 (1,85%)	8 (7,27%)	0 (0%)
	71 a 80	7 (2,10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	81 a 90	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,82%)	0 (0%)

$p^* = 0,000$

DENTE 48

CLASSIFICAÇÃO		NÃO	SIM	AUSÊNCIA	ANOMALIA
SEXO	Feminino	203 (57,34%)	23 (56,10%)	68 (66,02%)	0 (0%)
	Masculino	151 (42,66%)	18 (43,90%)	35 (33,98%)	0 (0%)
		<i>p* = 0,267</i>			
FAIXA ETÁRIA	16 a 20	33 (9,32%)	13 (31,71%)	1 (0,970%)	0 (0%)
	21 a 30	159 (44,92%)	21 (51,22%)	32 (31,07%)	0 (0%)
	31 a 40	63 (17,80%)	5 (12,20%)	17 (16,50%)	0 (0%)
	41 a 50	43 (12,15%)	1 (2,44%)	19 (18,45%)	0 (0%)
	51 a 60	30 (8,47%)	1 (2,44%)	23 (22,33%)	0 (0%)
	61 a 70	20 (5,65%)	0 (0%)	8 (7,77%)	0 (0%)
	71 a 80	5 (1,41%)	0 (0%)	2 (1,94%)	0 (0%)
	81 a 90	1 (0,282%)	0 (0%)	1 (0,970%)	0 (0%)
			<i>p* = 0,000</i>		

p = Teste Qui-quadrado de Pearson*

DISCUSSÃO

Foi possível observar no presente estudo que ao realizar uma comparação entre a presença de terceiros molares e o sexo dos pacientes, há uma maior prevalência de dentes terceiros molares no sexo feminino. Com isso, pode-se dizer também que, neste mesmo sexo, as taxas de presença de dentes maxilares são maiores que as dos dentes mandibulares. Já no sexo masculino, há uma maior taxa de terceiros molares mandibulares presentes. Um estudo com um universo de 515 radiografias panorâmicas, sobre impação dentária e suas classificações, tiveram como resultado uma grande prevalência de elementos impactados no sexo feminino¹⁰. Outra pesquisa, com um universo de 156 panorâmicas, obteve o mesmo resultado⁴. Em relação a faixa etária, observou-se uma maior presença destes elementos dentários em participantes entre os 21 e 30 anos de idade.

Já ao que se diz respeito da classificação de Pell & Gregory, sendo esta responsável por avaliar a relação dos terceiros molares inferiores com o ramo ascendente mandibular, bem como a profundidade de inclusão destes dentes e nortear a técnica cirúrgica, os resultados obtidos foram: a posição "A" foi a mais predominante em ambos os sexos, tanto em dentes maxilares, quanto em dentes mandibulares. Em um estudo com total de 5193 radiografias panorâmicas, a posição de terceiros molares superiores mais encontrada foi "A"³. No entanto, um estudo com total de 545, obteve o mesmo resultado, entrando em concordância com os dados obtidos no presente estudo¹⁰.

Ainda na classificação de Pell e Gregory, a classe I foi a mais presente em todos os terceiros molares, porém não apresentou dados significativos quanto ao sexo desses pacientes. Ao realizar uma pesquisa em outros estudos, pode-se perceber os seguintes resultados: em um estudo de 780 radiografias panorâmicas, a posição mais frequente foi Classe II¹¹. Porém, em um outro, com um universo de 545 panorâmicas, a classe que mais prevaleceu em todos os grupos foi a classe I¹⁰.

De acordo com a classificação de Winter, foi observado que a posição mais prevalente tanto em maxila, quanto em mandíbula, foi a vertical. Outro dado importante é que, a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, entre 21 aos 30 anos de idade. Em seguida, a classificação mais vista foi a mesioangular, também mais prevalente no sexo feminino, em pacientes dos 21 aos 30 anos de idade. O presente estudo, entrou em concordância

com somente um dos trabalhos analisados nas pesquisas bibliográficas em relação a prevalência da posição do terceiro molar segundo Winter⁴.

Por fim, o cisto paradentário, lesão esta associada a terceiros molares não irrompidos ou parcialmente irrompidos, é mais prevalente no sexo feminino, em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade. Além disso, durante a pesquisa nas bases literárias pôde-se perceber uma escassez de dados em relação a associação deste cisto com os dentes terceiros molares, dificultando, desta forma, a correlação entre os estudos.

A partir dos dados obtidos, foi constatada a importância da pesquisa e atualização dos dados em relação a avaliação radiográfica desses elementos, bem como as suas classificações. Pois, a partir deles, será possível realizar a visualização e diagnóstico em relação a angulação e posição destes dentes. Desta forma, oferecendo um auxílio aos cirurgiões-dentistas, e, conseqüentemente, evitando possíveis complicações e patologias associadas aos terceiros molares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após observar e classificar 498 radiografias panorâmicas do Centro de Imagens da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, pôde-se concluir que:

- Em relação a idade, os terceiros molares encontram-se com maior prevalência em pacientes entre 21 a 30 anos de idade
- Na classificação de Pell e Gregory, o único elemento que mostrou porcentagens significantes foi o 28, onde a maior prevalência foi da posição A em pacientes do sexo feminino. A classe mais encontrada foi a I em pacientes dos 21 e 30 anos de idade.
- Em relação a classificação de Winter, os resultados mais relevantes foram vistos nos elementos 38 e 48, onde a posição mais encontrada foi a vertical, principalmente no sexo entre os 21 e 30 anos de idade
- Já o cisto paradentário, é mais prevalente no sexo feminino, em pacientes entre os 21 e 30 anos de idade

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro ED, Dias JCP, Rocha JF, Sonoda CK, Santana E. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: revisão de literatura. Rev de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo [internet]. 2017 [citado em 25 de maio 2023]; 29(2):154-62. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/274>
2. Haddad Z, Khorasani M, Bakhshi M, Tofangchiha M, Shalli Z. Radiographic Position of Impacted Mandibular Third Molars and Their Association with Pathological Conditions. Int J Dent [internet]. 2021 [citado em 25 de Maio 2023]; 8841297. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33833805/>
3. Marchi GF, Silva JPS, Pansard HB, Costa GM, Quesada GAT, Weber A. Análise radiográfica de terceiros molares inclusos segundo winter e pell e gregory em radiografias panorâmicas da UFSM. Braz. J. Develop [Internet]. 2020 [citado em 25 de Maio 2023];6(4):20023-39. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/8913>
4. Franco ER, Assis IO. Estudo Das Posições De Terceiros Molares Inclusos E Suas Classificações Clínicas E Radiográficas Segundo Winter E Pell & Gregory. Rev de Ciências da Saúde Nova Esperança [internet]. 2018 [citado em 25 de mar. 2023];16(3): 58-66. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/21>
5. Vidigal VL. Relação entre Terceiros Molares Inferiores e Nervo Alveolar Inferior (NAI): Revisão de Literatura [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde; 2017. [citado em 25 de Maio 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/6331>
6. Lazarino VL, Garcia LFF, Roque JS. Acidentes e complicações associadas as exodontias dos terceiros molares superiores: uma revisão sistemática. Brazilian Journal of Development [internet]. 2021 [citado em 25 de mar. 2023];7(5) 49853-6. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30001>
7. Andrade CA, Rodrigues RM, Bacchi A, Coser EC, Filho AMB. Complicações E Acidentes Em Cirurgias De Terceiros Molares – Revisão Literária. Rev Saber Cientifico [internet]. 2012 [citado em 25 de mar. 2023];2(1):27-44. Disponível em: <http://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/issue/view/26>

8. Rodrigues BN. Análises de tomografias da variação anatômica do nervo alveolar inferior [Trabalho de Conclusão de Curso] [internet]. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas; 2017. [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <http://177.66.14.82/handle/riuea/636>

9. Filho MJSF, Neto ICB, Vale WHS, Corrêa AK, Aguiar FM, et al. A importância da técnica de odontosecção em exodontia de terceiros molares: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development [internet]. 2021 [citado em 25 de mar. 2023];7(2):13100-13112. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24300>

10. Freitas GB, Manhães LRC, Rocha JF, Santos JÁ, Moraes JKB, Azevedo CHDS. Avaliação Radiográfica da Prevalência e Classificação dos Terceiros Molares Retidos. Journal of Medicine and Health Promotion [internet]. 2020 [citado em 25 de Maio 2023]; 5(1):70-79. Disponível em: <https://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=13-853d69cb7203ea5409873b923790a348.pdf>

11. SCLiar, M. Um olhar sobre a saúde pública. São Paulo.Scipione. 2003.

12. Vitor GP, Leão AC. Relação da exodontia de terceiros molares e a ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior: uma revisão narrativa. RFO [internet]. 2021 [citado em 25 de Maio 2023];25(2):272-7. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/10312>

13. Vieira IC. Avaliação radiológica da espessura do espaço pericoronário de dentes permanentes não irrompidos [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. [citado em 25 de Maio 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/176622>

14. Saputri RI, Tobel DT, Vranckx M, Ockerman A, Vlierberghe MV, Fieuws S, et al. Is third molar development affected by third molar impaction or impaction-related parameters?. Clinical oral investigations [internet]. 2021 [citado em 25 de Maio 2023]; 25(12):6681–6693. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33934201/>

15. Segunpta A, Whittaker DK, Barber G, Rogers J, Musgrave Jonathan H. The effects of dental wear on third molar eruption and on the curve of Spee in human archaeological dentitions. ELSEVIER [internet]. 1999 [citado em 25 de mar. 2023];44(1):925-934. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003996999000953?via%3Dihub>

16. Carvalho AMLC. Indicações e Complicações Associadas à Extração de Terceiros Molares [dissertação] [internet]. Portugal: Instituto Universitário Egas Moniz; 2021. [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/38225>
17. Carvalho AAR. Dano ao nervo alveolar inferior em extração de terceiros molares inferiores: Revisão de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso] [internet]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2017. [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/19699>
18. Queiroz SBF, Filho OM, Lima VN, Statkiewicz C, Bonardi JP, Martins MM. Eficácia da Técnica de Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior. Archives of Health Investigation [internet]. 2015 [citado em 25 de mar. 2023];4(5). Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/921>
19. Andrade YDN, Araujo EBJ, Souza LMAS, Groppo FC. Análise das Variações Antoômicas do canal da mandíbula encontradas em radiografias panorâmicas. Rev de Odontologia da UNESP [internet]. 2015 [citado em 25 de mar. 2023]; 44(1): 31-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/fSThpyJngbyzGjtKzP4cN5G/abstract/?lang=pt>
20. Morgado T. Variações Anatômicas do Canal Mandibular [dissertação] [internet]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013. [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3925>
21. Teixeira LMS, Reher P, Reher VGS. Anatomia Aplicada a Odontologia. 3 ed. Rio de Janeiro. MA – capítulos de livros. 2012.
22. Gongalves PE, Dotta EAV, Serra MC. Imageologia na Odontologia e aspectos legais. Repositório institucional UNESP [internet]. 2011 [citado em 25 de mar. 2023];59 (0):89-95. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/125987>
23. Fonseca ALF, Marques FL, Brasileiro CB, Milagres RMC, Amaral TMP. Estudo da frequência e da variabilidade de posições dos terceiros molares nas radiografias panorâmicas no serviço de radiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Arq Odontol [Internet]. 2018 [citado 25 de maio 2023];54. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3751>

24. Lascala CÂ, Costa C, Freitas CF de, Arita ES, Ferreira ETT, Chilvarquer I, Oliveira JX de, Cavalcanti MGP, Fenyó-Pereira M. Radiologia odontológica e imaginologia [internet]. 2006 [citado 25 de maio 2023]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001635567>
25. Siqueira VL, Terra GTC, Buscatti MY. Tomografia Computadorizada Na Odontologia. Análise Dos Terceiros Molares Inferiores Com O Canal Mandibular. Journal of Biodentistry and Biomaterials [internet]. 2017 [citado 25 de maio 2023];6(1). Disponível em: <https://www.unibjournal.com.br/seer/index.php/jbb/article/view/26>
26. Batista TRM, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Fisiopatologia da Cárie Dentária: Entendendo o Processo cariioso. Rev Salusvita [internet]. 2020 [citado 25 de maio 2023];39(1): 169-187. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140438>
27. Traina AA. Estudo radiográfico das características dos terceiros molares e suas correlações com a impação óssea [dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004. [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23143/tde-27012005-104923/en.php>
28. Celikoglu M, Bayram M, Nur M. Patterns of third-molar agenesis and associated dental anomalies in an orthodontic population. ELSEVIER [internet]. 2011 [citado 25 de maio 2023];140(6): 856-860. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889540611007761>
29. Mattos A, Correa K. Análise Dos Acidentes E Complicações Em Exodontias Realizadas Por Alunos De Odontologia. Journal of Oral Investigations [internet]. 2014 [citado 25 de maio 2023];3(1): 38-42. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/JOI/article/view/1037>
30. Souza DP. **Avaliação tomográfica pós cirurgia ortognática de mandíbula: técnica lingual short split [dissertação] [internet]**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021 [citado em 25 de março 2023]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25151/tde-09122021-084642/en.php>
31. Smailiene D, Trakiniene G, Beinoriene A, Tutliene U. Relationship between the Position of Impacted Third Molars and External Root Resorption of Adjacent Second Molars: A Retrospective CBCT Study. Medicina [internet]. 2019 [citado 25 de maio 2023]; 55(6):305. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/6/305>

32. Hargreaves KM. **Cohen's pathways of the pulp**. Elsevier. 2016.
33. Zhang Y, Chen X, Zhou Z, Hao Y, Cheng Y, Wang X. Effects of Impacted Lower Third Molar Extraction on Periodontal Tissue of the Adjacent Second Molar. Taylor e Francis Online [internet]. 2022 [citado 25 de maio 2023]; 17: 235-247. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.2147/TCRM.S298147?scroll=top&role=tab&aria-labelledby=refs>