

PREVALÊNCIA DA PRESENÇA DO 3º MOLAR EM PACIENTES NÃO SINDRÔMICOS COM FISSURA LABIOPALATINA COMPARADOS COM GRUPO CONTROLE TRATADOS NA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA UNIFENAS

Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

Docente na Disciplina de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas. E-mail: abdofilho@gmail.com

Laiz Avelino Vaz

Discente em Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas. E-mail: laiz0307@hotmail.com

Liliane Paes Sandy de Carvalho

Discente em Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas. E-mail: li.sandy@uol.com.br

Caio Cesar Floriano Luz

Discente em Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas. E-mail: caiocluz@hotmail.com

Denismar Alves Nogueira

Docente na Disciplina de Bioestatística do Instituto de Ciências Exatas da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG Email: denismar@unifal-mg.edu.br

RESUMO: Os dentes tornam-se frequentemente impactados em função do comprimento inadequado do arco dentário e do pouco espaço para a irrupção. A literatura é unânime em dizer que os dentes mais acometidos por inclusão ou impactação são os terceiros molares. Associado a isso, a deficiência de crescimento do arco dental dos indivíduos com fissuras labiopalatinas se torna uma alteração importante frente a este aspecto. Este artigo teve o objetivo de avaliar a presença do terceiro molar nos pacientes com fissura labiopalatina não síndrômicos (grupo 1) tratados no Centro Pró-Sorriso da Universidade José do Rosário Vellano, comparados com um grupo controle de pacientes sem fissura labiopalatina não síndrômicos (grupo 2) tratados na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da mesma instituição. Foram analisados um total de 160 radiografias panorâmicas. Para a análise estatística foi utilizado o teste do Qui-quadrado com 5% de significância. Os resultados mostraram diferenças estatísticas entre os grupos, sendo a variável terceiro molar incluso e terceiro molar ausente maior no grupo 1 e a variável terceiro molar erupcionado maior no grupo 2.

PALAVRAS-CHAVE: Terceiro Molar; Fissura Lábio Palatina; Inclusão Dental.

PREVALENCE OF THIRD MOLAR IN NON-SYNDROME CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS

ABSTRACT: Teeth often become impacted due to the arch's inadequate length and to insufficient space for their eruption. Third molars are always cited in the literature as the most inclusion- or impactation-affected teeth. Moreover, growth deficiency of the dental arch in cleft lip and palate patients becomes a significant alteration with regard to such phenomenon. Current essay assesses the presence of third molars in non-syndrome cleft lip and palate patients (group 1) treated at the Centre Pro-Smile José do Rosário Vellano University, when they are compared with a control group featuring non-syndrome cleft lip and palate patients (group 2) treated at the clinic integrated to the School of Dentistry of the same institution. One hundred and sixty panoramic radiographs were analyzed. Chi-square at 5% significance level was employed for statistical analysis. Results show statistical differences between the two groups, with the variable third molar inclusion and missing third molar being higher in group 1 and the variable erupted third molar higher in group 2.

KEYWORDS: Third Molar; Cleft Lip and Palate; Impacted Tooth.

INTRODUÇÃO

Denominam-se dentes retidos aqueles que, uma vez chegada a época normal em que deveriam nascer, ficam encerrados parcial ou totalmente no interior do osso, com manutenção ou não da integridade do saco pericoronário

(MARZOLA, 1995).

Os dentes tornam-se frequentemente impactados em função do comprimento inadequado do arco ósseo e do pouco espaço para a irrupção; isto é, o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor do que o do arco dentário (PETERSON et al., 1996).

Por conta disso, a literatura sobre as características cranio-faciais é unânime em demonstrar, nos indivíduos fissurados, uma maxila menor e retroposta. Este aspecto nem sempre está presente na dentadura decídua, mas torna-se marcante com a idade, principalmente no período pubertário (HAN; SUZUKI; TASHIRO, 1995).

Embora não tão acentuadamente como a maxila, a mandíbula nos portadores de fissura completa de lábio e palato também se apresenta em menor tamanho, com corpo e ramo diminuídos, ângulo goníaco aumentado e retroposicionamento (ADUSS, 1971).

Estando maxila e mandíbula retropostas, a relação entre as bases revela, no período de dentadura decídua, um perfil agradável, mas geralmente agrava-se em razão diretamente proporcional com o crescimento, podendo tornar-se reto ou côncavo. As alterações que normalmente ocorrem segundo Capelozza Filho, Freitas e Silva Filho (1993) podem existir variações entre os sexos, mas conforme conceitos modernos, Krogman, Jain e Long Jr. (1982) sugerem que o fenômeno fissura mascara as possíveis diferenças existentes entre eles.

Os antropologistas têm afirmado que o crescimento constante que vem ocorrendo no cérebro humano aumenta o volume da caixa craniana, às expensas de seus maxilares, protusos, tem-se tornado uma linha quase vertical no homem moderno, à medida que vem diminuindo o número de dentes. Uma dieta mais mole e mais refinada, requerendo menos mastigação, ocasiona esta tendência, tornando-se desnecessário um aparelho mastigatório potente. Por estas e outras razões, um número maior de pessoas tem dentes inclusos (KRUGER, 1979).

Graziani e colaboradores (1995) cita que a frequência dos dentes inclusos ocorre na seguinte ordem: (1) Terceiros molares inferiores; (2) Terceiros molares superiores; (3) Caninos superiores; (4) Caninos inferiores; (5) Pré molares superiores; (6) Pré molares inferiores; (7) Incisivos; (8) Primeiro e segundo molar.

Dentre as complicações locais causadas por terceiros molares retidos, as mais comuns são: doenças periodontais (bolsas periodontais com diminuição do nível ósseo na região distal do segundo molar), reabsorções radiculares no segundo molar, formação de cistos e tumores odontogênicos e reabsorções internas dos terceiros molares (ELIASSON; HELMDAHL; NORDERRAM, 1989).

A pericoronarite é a indicação mais frequente para a remoção dos terceiros molares (SALOMÃO et al., 1997). Outras justificativas para exodontias de terceiros molares retidos são também encontradas, tais como: dores orofaciais, indicações ortodônticas, comprometimentos periodontais, cárie no terceiro molar, cistos e tumores odontogênicos, cárie no segundo molar e sintomas relacionados à articulação têmporo-mandibular (BRUCE; FREDERICKSON; SMALL, 1980).

As principais contra-indicações de exodontias em dentes

retidos são, dentre outras: possibilidade de injúria às estruturas adjacentes, comprometimento do estado físico sistêmico do paciente e quando os dentes retidos são completamente assintomáticos em pacientes idosos (MARZOLA, 1995).

A remoção de dentes impactados pode ser extremamente difícil ou relativamente sem dificuldades e fácil. O fator principal para determinar a dificuldade da remoção é a facilidade de acesso. A acessibilidade é determinada pela facilidade de exposição do dente, do preparo do trajeto de saída do dente e do preparo de um ponto de apoio (PETERSON et al., 1996).

Como forma de identificar o grau de acessibilidade foram criadas classificações para os dentes retidos. Winter (1926) classificou os dentes retidos quanto à angulação em: vertical, horizontal, mesio-angular e disto-angular. Pell e Gregory (1933) classificaram os dentes retidos em relação com o plano oclusal do segundo molar em: classe A, B e C e em relação ao bordo anterior do ramo mandibular, no caso de terceiro molar inferior, em classes 1, 2 e 3.

2 METODOLOGIA

2.1 MATERIAIS

Foram utilizados os arquivos de prontuários dos pacientes tratados na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano e arquivo de prontuários do Centro Pró-Sorriso, também da mesma instituição. Destes prontuários, foram analisadas apenas as radiografias panorâmicas, que fazem parte do plano de tratamento de cada paciente, e relatos de história de extrações dentárias. Foram analisadas um total de 160 radiografias, sendo 88 radiografias da clínica integrada e 72 radiografias do Centro Pró-Sorriso.

2.2 MÉTODOS

Constituíram-se dois grupos. Grupo 1: radiografias panorâmicas de pacientes sem fissura lábiopalatina, coletadas do arquivo de prontuários da clínica integrada e grupo 2: radiografias panorâmicas de pacientes com fissura lábiopalatina, coletadas do arquivo de prontuários de pacientes do Centro Pró-Sorriso.

Foram utilizados os critérios de inclusão, exclusão e não inclusão, para a seleção das amostras, os quais foram aplicados da seguinte maneira:

1. Critério de inclusão: prontuários dos arquivos da clínica integrada da Faculdade de Odontologia e Centro Pró-Sorriso;
2. Critérios de exclusão: radiografias de pacientes com menos de 25 anos e mais de 40 anos. História de extração do terceiro molar superior;
3. Critério de não inclusão: pacientes síndrômicos.

O critério de não inclusão foi estabelecido devido o fato de muitos pacientes do Centro Pró-Sorriso apresentar algum tipo de síndrome, que poderia gerar um falso resultado final e, por questões de facilidade na avaliação dos prontuários, visto que os prontuários dos pacientes síndrômicos estão no

mesmo arquivo, porém em armários diferentes, o que possibilitou sua não inclusão na avaliação.

As radiografias selecionadas foram avaliadas em negatoscópio, de forma visual e por apenas um avaliador, que observou a presença ou ausência dos terceiros molares superiores e ainda sua posição, classificando-os em inclusos ou erupcionados. Foi utilizado como parâmetro para essa classificação o plano oclusal, ou seja, se a oclusal do terceiro molar superior estivesse no nível do plano oclusal, este seria considerado erupcionado. Caso a oclusal do terceiro molar superior estivesse acima do plano oclusal, este seria considerado incluso.

Para a análise estatística foi utilizado o teste do Qui-quadrado com 5% de significância.

3 RESULTADOS

Com o teste Qui-quadrado chegou-se ao p -valor=0,000 o que demonstra que os resultados apresentaram dados estatísticos diferentes entre si.

Os pacientes com fissura labiopalatina (grupo 1) do Centro Pró-Sorriso apresentaram 36% de terceiros molares erupcionados e os pacientes sem fissura (grupo 2) da Clínica Integrada apresentaram 44 %.

Quanto a variável de terceiros molares ausentes, os pacientes com fissura labiopalatina (grupo 1) do Centro Pró-Sorriso apresentaram 18% de dentes ausentes e os pacientes sem fissura (grupo 2) da Clínica integrada apresentaram 15%.

A variável terceiro molar incluso apresentou-se com 39% de terceiros molares inclusos em pacientes sem fissura (grupo 2) da Clínica Integrada, enquanto que os pacientes com fissura labiopalatina (grupo 1) do Centro Pró-Sorriso apresentaram 44%.

Segue abaixo gráfico explicativo dos resultados descritos acima.

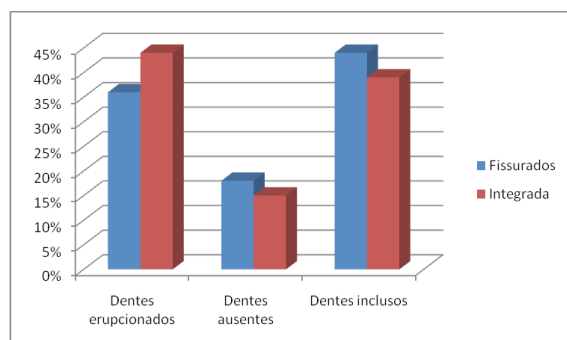


Figura 1 Prevalência da presença de terceiros molares erupcionados, ausentes e inclusos nos pacientes da Clínica do Centro Pró-Sorriso (fissurados) e da Clínica integrada.

4 DISCUSSÃO

Terceiros molares inclusos ainda chamam atenção nos planejamentos dos tratamentos odontológicos, principalmente quando se apresentam inclusos e impactados e a literatura é unânime em afirmar que estes dentes estão em primeiro lugar na tabela de incidência de retenções dentárias. Confirmando isso, Weismann e Rosa (1990) relatam que na ordem de maior incidência de retenção dentária, o terceiro molar infe-

rior e terceiro molar superior estão no topo da tabela, seguidos de canino superior e prémolares. Reforçado por Gregori (1988), que também afirma a frequência de retenção dentária dos terceiros molares como a maior entre todos os dentes, atingindo valores em torno de 90%, seguidos dos caninos superiores (5%) e os supranumerários que, juntamente com os prémolares, formam a quase totalidade dos 5% restantes. Já para Moreira e colaboradores (1998), essa ordem se altera apenas quando comparado os caninos com os prémolares, portanto, confirmando mais uma vez o terceiro molar como sendo o dente com maior índice de retenção.

Richardson e Mdentse (1992) estudando a frequência de retenções dentárias em diferentes partes do mundo observaram que havia oscilação entre 9,5% e 38% de dentes retidos. As diferenças genuínas entre as populações, assim como diferenças na definição e idade no momento do diagnóstico explicam estes resultados tão discrepantes.

A incidência de agenesias dentais é maior do que a de dentes supranumerários em todos os tipos de fissuras labiopalatinas, exceto nas fissuras pré-forame incisivo unilaterais incompletas, onde a incidência de supranumerários é maior que a de agenesias. A incidência de agenesias dentais e de dentes supranumerários é significativamente maior no lado da fissura e a incidência de agenesias dentais aumenta conforme aumentou a gravidade da fissura, enquanto que a incidência de dentes supranumerários é maior nas fissuras mais brandas. O incisivo lateral superior é o dente com maior incidência de agenesia em todos os tipos de fissura, exceto no tipo de fissura pós-forame incisivo, onde a agenesia do segundo pré-molar inferior foi a mais frequente (YANESE; ABDO, 1987). Essas informações explicam os maiores valores de agenesias encontradas nos pacientes fissurados, quando comparados com os pacientes não fissurados, como citado nos resultados deste estudo.

Sabe-se que as cirurgias realizadas para fechamento de fissuras labiais e palatinas interferem no crescimento facial e do arco dentário superior, resultando em faces retrognáticas e maxilas atéricas (SILVA FILHO; ALMEIDA, 1992). Partindo desse princípio, os índices de inclusões dentárias no arco maxilar de pacientes fissurados tornam-se maior devido à falta de espaço para a irrupção, confirmado por Russell e McLeod (2008), que referem que os pacientes fissurados têm um risco significativamente elevado de ter inclusão dental, que na maioria das vezes atingem o canino, quando comparados a pacientes não fissurados. Desta maneira, essas informações apóiam os resultados obtidos neste estudo, quando citado a variável terceiro molar incluso que resultou em um maior índice de inclusão nos pacientes fissurados, quando comparados aos pacientes não fissurados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terceiros molares são os dentes com maior prevalência de inclusão e/ou impactação dental.

O crescimento facial e maxilar do paciente com fissura labiopalatina é alterado, na maioria das vezes sofrendo uma deficiência de crescimento.

Os pacientes não fissurados (grupo 1) da clínica integrada

da Faculdade de odontologia da Universidade José do Rosário Vellano têm uma prevalência maior de terceiros molares erupcionados, quando comparados com os pacientes com fissuras labiopalatinas (grupo 2) do Centro Pró-Sorriso, também pertencente à mesma instituição.

Quando os dois grupos foram comparados em relação à agenesia dental, os pacientes com fissuras labiopalatinas (grupo 2) do Centro Pró-Sorriso apresentaram maior índice de ausência dos terceiros molares.

E, os pacientes com fissuras labiopalatinas (grupo 2) do Centro Pró-Sorriso tiveram uma maior prevalência de terceiros molares inclusos, também quando comparados com grupo 1.

REFERÊNCIAS

- ADUSS, H. Craniofacial growth in complete unilateral cleft lip and palate. *Angle Orthod*, v. 41, n. 3, p. 202-213, July 1971.
- BRUCE, R. A.; FREDERICKSON, G. C.; SMALL, G. C. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 101, n.2, p.240-245, Aug. 1980.
- CAPELOZZA FILHO, L.; TANIGUCHI, S. M.; SILVA FILHO, O. G. Craniofacial morphology of adult unoperated complete unilateral cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J.*, v. 30, n. 4, p. 376-381, July 1993.
- ELIASSON, S; HEIMDAHL, A; NORDERRAM, A. Pathological changes related to long term impaction of third molar. *Int. J.Oral. Maxillofac Surg.*, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 210-212, Apr. 1989.
- GRAZIANI, M. et al. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 1995.
- GREGORI, C. *Cirurgia Buco-Dento-Alveolar*. São Paulo, SP: Savier, 1988.
- HAN, B. J.; SUZUKI, A.; TASHIRO, H. Longitudinal study of craniofacial growth in subjects with cleft lip and palate: from cheiloplasty of 8 years of age. *Cleft Palate J.*, v. 32, n. 2, p. 156-166, Mar. 1995.
- KROGMAN, W. M.; JAIN, R. B.; LONG JR., R. E. Sex difference in craniofacial growth from one month to ten years in cleft lip and palate. *Cleft Palate J.*, v. 19, n. 1, p. 62-71, Jan. 1982.
- KRUGER, G.O. et al. *Cirurgia bucal e maxilofacial*. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1979.
- MARZOLA, C. *Retenção Dental*. 2. ed. São Paulo, SP: Pan-cast, 1995.
- MOREIRA, R. W. F. et al. Supranumerários como causa de retenção dos incisivos centrais superiores, relato de um caso clínico. *BCI*, v. 5, n. 3, p.17-22, julho/setembro, 1998.
- PELL, G. J.; GREGORY, G. T. Impacted third molars: classification and modified technique for removal. *Dent. Digest.*, Pittsburgh, v. 39, p. 330-338, 1933.
- PETERSON, L.J. et al. *Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1996.
- RICHARDSON, M.; MDENTSC, D. O. Changes in lower third molar position in young adult. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.*, v.102, n. 04, p. 320-327, 1992.
- RUSSELL, K. A.; MCLEOD, C. E. Canine eruption in patients with complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.*, v. 45, n. 1, p. 73-80, 2008.
- SALOMÃO, J. N. S. et al. Terceiro molar retido. Introdução e benefícios da sua remoção. *Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 27-45, out./dez. 1997.
- SILVA FILHO, O. G.; ALMEIDA, R. R. Fissuras lábio palatais: o que o cirurgião dentista precisa saber. *Rev Fac Odont Lins*, v. 5, n. 2, p. 7-18, 1992.
- WEISMANN, R.; ROSA, E. L. S. Transplante autógeno de germe dental. Considerações e relato de caso. *Revista Odontologia Ciência*, v. 2, n. 3, p. 7-11, jun.1990.
- WINTER, G. B. *Principles of exodontias as applied to the impacted third molars: a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations*. St. Louis: American Medical Books, 1926.
- YANASE, S.; ABDO, R. C. C. *Incidência de agenesias dentais e dentes supranumerários em pacientes portadores de lesões lábio-palatais*. Monografia. Bauru, SP: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais, 1987.

Recebido em: 24 Novembro 2010

Aceito em: 03 Fevereiro 2011