



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS INSTITUTO
TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ÉLYDA AUGUSTA DA SILVA ROCHA
RENATA SANTOS LEAL MENDES**

**ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE OS MOLARES INFERIORES INCLUSOS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS-TO**

PORTO NACIONAL – TO

2018

ÉLYDA AUGUSTA DA SILVA ROCHA

RENATA SANTOS LEAL MENDES

**ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE OS MOLARES INFERIORES INCLUSOS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS-TO**

Artigo Científico submetido ao Curso de Odontologia da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Carllini Barroso
Vicentini

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

ÉLYDA AUGUSTA DA SILVA ROCHA

RENATA SANTOS LEAL MENDES

**ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE OS MOLARES INFERIORES INCLUSOS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS-TO**

Artigo Científico submetido ao Curso de Odontologia da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Carllini Barroso Vicentini

Artigo Científico apresentado e defendido em ____/____/____ e aprovado perante a banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Carllini Barroso Vicentini
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

Prof. Msc. Luís Otávio Jonas
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinador 1

Prof. Esp. Hugo Dias Silva
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinador 2

PORTO NACIONAL – TO

2018

**ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE OS MOLARES INFERIORES INCLUSOS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS-TO**

**DOCUMENTARY STUDY ON INFERIOR MOLARS INCLUDED IN THE
ODONTOLOGICAL CLINIC OF THE TOCANTINENSE INSTITUTE PRESIDENT
ANTÔNIO CARLOS-TO**

Élyda Augusta da Silva Rocha¹
Renata Santos Leal Mendes¹
Prof. Dr. Carllini Barroso Vicentini²

RESUMO: O estudo avaliou o posicionamento dos terceiros molares inclusos segundo as classificações de Winter e Pell e Gregory, a prevalência por sexo, faixa etária e complicações cirúrgicas. Foi realizada uma pesquisa documental, retrospectiva, descritiva, com análises de radiografias ortopantomográficas que fazem parte do banco de dados da Clínica Odontológica do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, Tocantins, Brasil. Foram analisados 55 prontuários de pacientes, sendo 52,73% do sexo masculino e 43,64% na faixa etária de 18 a 23 anos. Dos 98 dentes inclusos na mandíbula, a posição mais prevalente foi mesioangulado, pela classificação de Winter e na classificação de Pell e Gregory a posição mais observada foi a posição A, quando se avalia a profundidade de inclusão e classe I, na relação de espaço de erupção entre o ramo da mandíbula e o segundo molar inferior.

Palavras chave: Cirurgia bucal; Dente Impactado; Complicações.

ABSTRACT: The study evaluated the positioning of the third molars included according to the Winter and Pell and Gregory classifications, the prevalence by sex, age group and surgical complications. A retrospective, descriptive, documentary research was carried out with orthopantomographic radiographs, which are part of the database of the Tocantinense Institute, Antônio Carlos, Porto Nacional, Tocantins, Brazil. A total of 55 patient charts were analyzed, being 52.73% male and 43.64% in the 18-23 age group. From the 98 teeth included in the mandible, the most prevalent position was mesioangulated by the classification of Winter and in the classification of Pell and Gregory the most observed position was the position A, when evaluating the depth of inclusion and class I, in the relation of space of eruption between the branch of the mandible and the lower second molar.

Keywords: Oral surgery; Impact Tooth; Complications.

¹ Acadêmicas do Curso de Odontologia – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² Odontólogo, Doutor em Ciências da Saúde– Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (Orientador)

1 INTRODUÇÃO

Antigamente, os alimentos eram mais rígidos e exigiam mais dos maxilares para dilacerá-los e triturá-los, sendo necessário um quarto molar para tal função, com a evolução do sistema estomatognático simultaneamente a alimentação do homem, estes dentes foram extintos na grande maioria da população (FILHO et al., 2008). Ao mesmo tempo, há uma incidência cada vez maior de anodontia e inclusão dos terceiros molares pela falta de espaço na arcada dentária. Esta situação prepondera nas indicações de exodontias fundamentadas nos exames de imagem e no planejamento cirúrgico (GOMES et al., 2017; MARTINS, 2016).

Para aumentar o grau de previsibilidade cirúrgica de cada exodontia e ainda facilitar a comunicação entre profissionais, existem sistemas de classificações de terceiros molares impactados. Estes sistemas em geral se baseiam em exames de imagem, em geral radiografias panorâmicas, além é claro, da avaliação técnica do cirurgião dentista e da sua expertise (MATOS et al., 2017). Todavia até que ponto a classificação das inclusões dentárias vai ajudar na previsão do grau de dificuldade cirúrgica e na prevenção de acidentes e complicações decorrentes da cirurgia de exodontia?

As radiografias e tomografias panorâmicas possuem a função de auxílio na previsibilidade das cirurgias de dentes inclusos, auxiliando no correto planejamento cirúrgico de cada caso, permitindo estabelecer uma conduta cirúrgica adequada, prevenindo intercorrências trans e pós-cirúrgicas de exodontia (SEGURO; OLIVEIRA, 2014).

Este estudo objetivou analisar as classificações de inclusão dentária mais prevalentes e a relação entre o grau de dificuldade cirúrgica e a ocorrência de acidentes e complicações nas cirurgias de exodontia de terceiros molares inferiores inclusos dos pacientes atendidos na Clínica Odontológica do ITPAC-TO no período de julho de 2017 a julho de 2018. Os dados analisados permitirão comparações com resultados publicados e contribuirão com informações que suscitem novos questionamentos ou elucidem dúvidas antigas sobre o planejamento cirúrgico de dentes inclusos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para facilitar o planejamento, surgiram alguns sistemas de classificação dos terceiros molares não irrompidos que permitem a antecipação de possíveis transtornos e possibilitam a previsão de algumas modificações durante o ato operatório. As classificações mais utilizadas para dentes inclusos são as de Winter e Pell & Gregory e devido a sua simplicidade facilita a comunicação entre profissionais; sendo vantajosas no planejamento cirúrgico, na avaliação do grau de complexidade e prognóstico dos casos e na apresentação de relatos de casos clínicos (SANTANA et al., 2013).

Na maioria dos casos, a classificação dos terceiros molares é feita através de radiografias, utilizando radiografias periapicais, ou mais frequentemente radiografias panorâmicas, sendo possível a visualização do longo eixo e plano oclusal do segundo molar, ramo ascendente da mandíbula e o nível ósseo que servem como parâmetros para classificação. Também é possível avaliar a proximidade do dente incluso com estruturas anatômicas nobres e os possíveis riscos relacionados com o procedimento cirúrgico (FONSECA et al., 2018; RAMOS, 2016).

Winter (1926) apud Dias-Ribeiro et al. (2017) qualificou os terceiros molares inclusos superiores e inferiores, relacionando a inclinação do seu longo eixo em relação ao longo eixo segundo molar, da seguinte forma:

Posição vertical: longo eixo do terceiro molar paralelo ao longo eixo do segundo molar. Posição mésioangular: longo eixo do terceiro molar em posição medial, com relação ao segundo molar. Posição disto-angular: longo eixo do terceiro molar em posição distal ao segundo molar. Posição labial: longo eixo do terceiro molar em posição labial ou vestibularmente ao segundo molar. Posição lingual: longo eixo do terceiro molar em posição lingual ao segundo molar. Posição horizontal: longo eixo do terceiro molar perpendicular ao segundo molar. Posição invertida ou paranormal: longo eixo do terceiro molar em posição contrária à do segundo molar (DIAS-RIBEIRO et al., 2017, p. 6).

A classificação de Pell & Gregory, proposta em 1933, tem como parâmetro o espaço entre o ramo da mandíbula e a face do segundo molar vizinho, e à profundidade relativa do terceiro molar incluso em relação ao segundo molar vizinho, podendo ser classificada em Classe I, II e III em relação ao ramo ou Classe A, B e C quando comparada ao plano oclusal (DIAS-RIBEIRO et al., 2017).

Segundo Andrade et al. (2012) dentre os acidentes e complicações mais

comuns relacionados a extração do terceiro molar inferior, as mais comuns são as hemorragias, alveolites, dor, edema, trismo, injúria ao nervo alveolar inferior, infecções abrangendo espaços faciais, injúrias em dentes adjacentes, fratura do processo alveolar e da mandíbula, problemas periodontais em dentes adjacentes e deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres.

A literatura sobre o tema ainda classifica as eventuais complicações em transitórias menores (alveolite, trismo, infecção, hemorragia, fraturas dento-alveolares), permanentes menores (injúrias periodontais e disfunção da articulação temporomandibular - ATM) e as maiores que se relacionam a alterações neuro-sensoriais, infecção de órgãos vitais e fratura de mandíbula (SEGURO; OLIVEIRA, 2014). Basendo-se nas publicações científicas é possível afirmar que a maioria das intercorrências em exodontia de dentes inclusos estão associadas as classificações que exigem maior manipulação tecidual e grau de invasibilidade maior, como no caso dos dentes inclusos intra-ósseos, na posição disto-angulado e horizontal, segundo Winter e dentes classe III e classe C de Pell & Gregory (FONSECA et al., 2018; DIAS-RIBEIRO et al., 2017; RAMOS, 2016).

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ITPAC PORTO NACIONAL – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (Número CAAE 32281414.6.0000.5374), estando de acordo com as exigências propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 466/2012.

Trata-se de um estudo observacional com procedimento comparativo-estatístico e análise descritiva-exploratória. Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de dados e imagens radiográficas do prontuário de pacientes atendidos na clínica na Clínica Odontológica do ITPAC-TO. A amostra foi constituída de 55 pacientes de ambos os gêneros, atendidos e submetidos a radiografia panorâmica no período de julho de 2017 a julho de 2018.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma ficha específica com registro de idade e o sexo do paciente, classificação da inclusão segundo Winter e Pell & Gregory, além de informações do prontuário sobre a técnica cirúrgica exigida na exodontia, o tempo operatório e o relato de complicações pós-operatórias.

A Figura 1 ilustra de forma resumida os resultados obtidos no estudo.

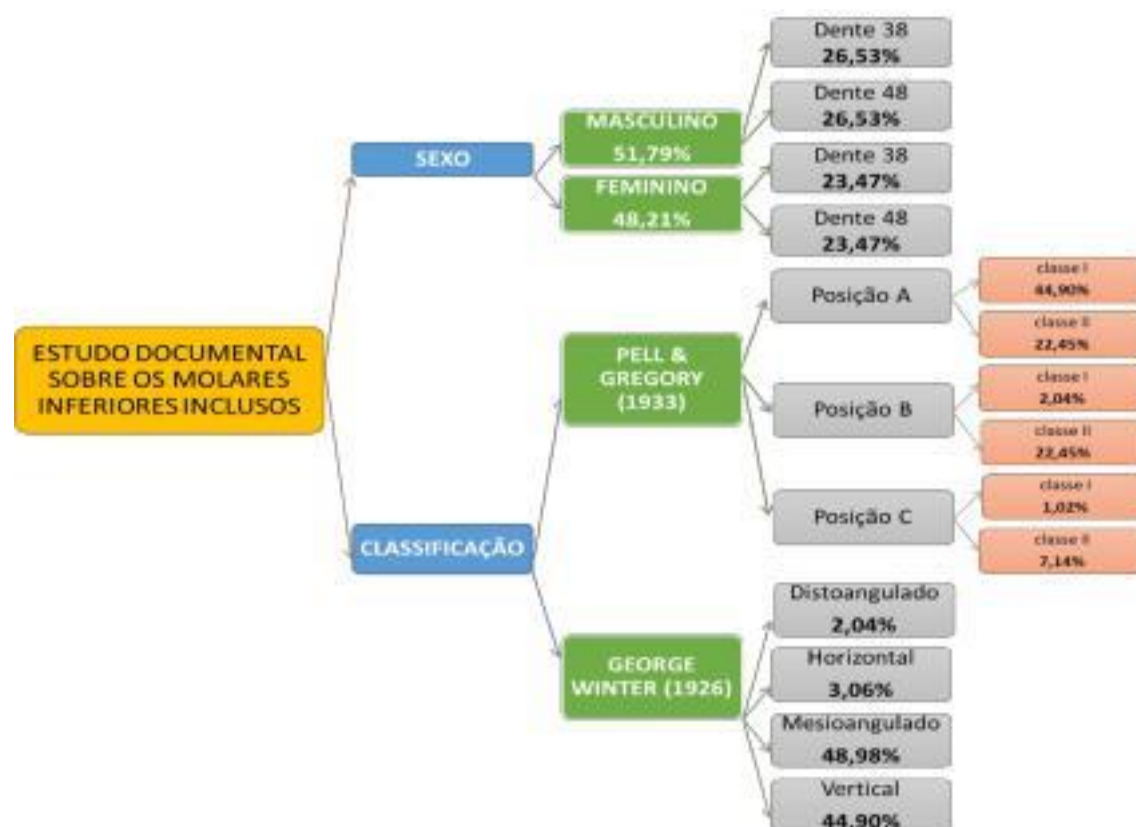


Figura 1 - Desenho do estudo de acordo com es resultados - **Fonte:** Autores (2018)

A análise estatística descritiva foi realizada através do programa Microsoft Office Excel 2016 for Windows 10 e as análises estatísticas com o *Minitab* versão 12.22 e os testes executados foram de acordo com as características da amostra com nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$, por meio de análise de frequência e de testes estatísticos específicos: teste exato de Fisher e Qui-quadrado.

4 RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 demonstram os resultados em relação ao sexo e idade que variou entre 18 e 34 anos, com média de 24,13 anos. De acordo com essa tabela, das radiografias ortopantomográficas deste estudo, avaliou-se um total de 98 terceiros molares inclusos em 56 pacientes, com maior prevalência de inclusão dentária entre homens.

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta e relativa por idade

Classes	PM	F	F%
18.0 — 23.0	20,5	24	42,8571
23.0 — 28.0	25,5	19	33,9286
28.0 — 33.0	30,5	10	17,8571
33.0 — 38.0	35,5	3	5,35714

Total		56	100.0 %
Teste qui-quadrado			
N	GL	Qui-Quadrado	Valor-p
56	3	20,7091	0,000

Fonte: Autores (2018)

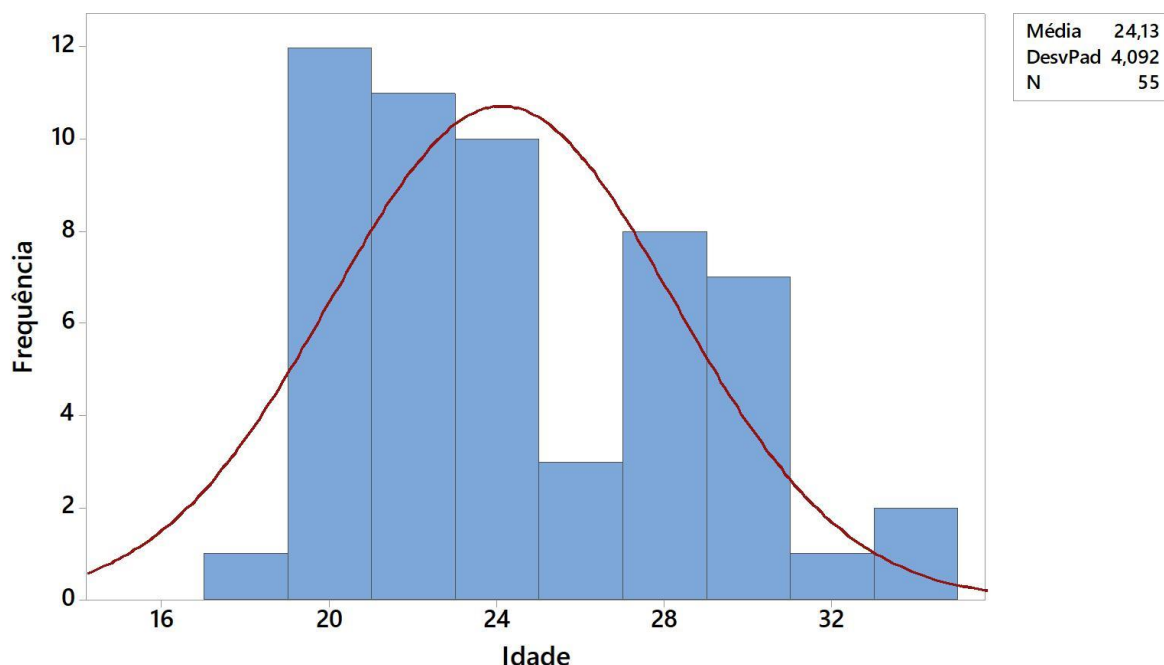


Gráfico 1 - Histograma de distribuição normal da idade dos pacientes. **Fonte:** Autores (2018) com a auxílio de Minitab ®

Os resultados apresentados nas tabelas 2, 3 e 4 mostram que, de acordo com a classificação de Pell & Gregory a posição de inclusão mais frequente é a classe I posição A, independente da idade do paciente.

Tabela 2 - Distribuição de frequência absoluta e relativa segundo classificação de Pell & Gregory (1933) relacionado à inclusão no ramo mandibular (dentes inferiores).

Descrição da Classificação	Freq. Abs. (%)		Freq. Rel. (%)	
	Dente 38	Dente 48	Dente 38	Dente 48
posição A classe I	21	23	21,43%	23,47%
posição A classe II	12	10	12,24%	10,20%
posição B, classe I	2		2,04%	0,00%
posição B, classe II	10	12	10,20%	12,24%
posição C, classe I	1		1,02%	0,00%
posição C, classe II	3	4	3,06%	4,08%
Total Geral	49	49	50,00%	50,00%

Fonte: Autores (2018)

Tabela 3 - Classificação de Pell e Gregory de acordo com o dente (p=0,642)*

Dente	Posição Classe I	A, Posição Classe II	A, Posição Classe I	B, Posição Classe II	B, Posição Classe I	C, Posição Classe II
38	21	11	2	10	1	3

48	23	11	0	12	0	4
	44	22	2	22	1	7

Fonte: Autores (2018)

* A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado para associação

Tabela 4 - Avaliação das características dos terceiros molares considerando-se a idade do paciente (p=0,293)*

Classificação de Pell e Gregory	Idade**				
	18 a 20	21 a 23	24 a 26	27 a 29	30 a 34
posição A classe I	12	10	7	9	4
posição A classe II	3	9	3	7	0
posição B, classe I	0	1	0	1	0
posição B, classe II	9	6	3	1	3
posição C, classe I	0	0	1	0	0
posição C, classe II	1	2	3	1	0
Total Geral	25	28	17	19	7

Fonte: Autores (2018)

* A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado

Os resultados apresentados na tabela 5 mostram que, de acordo com a classificação de Winter as posições de inclusão mais frequentes são, independente da idade do paciente.

Tabela 5 - Distribuição de frequência absoluta e relativa segundo classificação de George Winter (1926) quanto à angulação ao longo eixo do segundo molar (p=0,502)*

Descrição da Classificação	Freq. Abs.		Freq. Rel. (%)	
	Dente 38	Dente 48	Dente 38	Dente 48
Distoangulado	2	0	2,04%	0,00%
Horizontal	1	2	1,02%	2,04%
Mesioangulado	24	24	24,49%	24,49%
Vertical	22	23	22,45%	23,47%
Total Geral	49	49	50,00%	50,00%

Fonte: Autores (2018)

*A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado para associação

A tabela 6 mostra que a técnica cirúrgica mais utilizada para a resolução dos casos foi a técnica terceira, que corresponde a cirurgia com incisão e descolamento de retalho. Esta técnica operatória apresenta maior manipulação tecidual e maior resposta inflamatória.

Tabela 6 - Distribuição de frequência absoluta e relativa por técnica empregada

Descrição da técnica cirúrgica	Freq. Abs.		Freq. Rel. (%)	
	Dente 38	Dente 48	Dente 38	Dente 48
fechada	8	11	8,16%	11,22%
terceira (aberta)	41	38	41,84%	38,78%
Total Geral	49	49	50,00%	50,00%

Fonte: Autores (2018)

As complicações mais frequentes representadas na tabela 7 são inerentes ao procedimento cirúrgico de exodontia de dentes inclusos e por isso esperadas. Entretanto foi possível observar que os casos de complicações incomuns estavam associadas as classificações de maior dificuldade cirurgica, ao hábitos de tabagismo dos pacientes.

Tabela 7 - Tipo de complicação relatada em relação ao molar incluído (P=0,175)*

Rótulos de Linha	Terceiro Molar Inferior Direito (48)		Terceiro Molar Inferior Esquerdo (38)	
	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.
D, E, L e lesão de tec. mole	0	0,00%	1	2,04%
D, E, L	40	81,63%	41	83,67%
D, E, L e alveolite	5	10,20%	1	2,04%
D, E, L e laceração de tec. mole	1	2,04%	0	0,00%
D, E, L e lesão de tec. mole	1	2,04%	4	8,16%
D, E, L e parestesia do nervo lingual	2	4,08%	2	4,08%
Total Geral	49	100,00%	49	100,00%

*A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado para associação

A tabela 8 mostra que o tempo de cirurgia médio em relação ao classificação de Winter enquanto a tabela 9 relaciona o tempo com a Classificação de Pell e Gregory. Em relação ao tempo médio de cirurgia de acordo com a classificação de winter e Pell e Gregory não houve evidencia suficientes para concluir que elas diferem da média geral de 25,9 no nível de significância de 0,005.

Tabela 8 - Média do tempo de cirurgia em comparação com a classificação de George Winter (1926) quanto à angulação ao longo eixo do segundo molar (p=0,465)*

Descrição da Classificação	Média De Tempo De Cirurgia
Vertical	22,00
Distoangulado	38,00
Horizontal	32,67
Mesioangulado	25,79
Vertical	23,30
Total Geral	25,09

Fonte: Autores (2018)

* A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t

Tabela 9 - Média do tempo de cirurgia em comparação com a classificação Pell e Gregory. quanto à angulação ao longo eixo do segundo molar (p=0,652)*

Descrição da Classificação	Média De Tempo De Cirurgia
posição A, classe I	23,39
posição A, classe II	24,95
posição B, classe I	24,00
posição B, classe II	27,27

posição C, classe I	30,00
posição C, classe II	29,00
Total Geral	25,09

Fonte: Autores (2018)

* A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t

5 DISCUSSÃO

As classificações propostas por Winter e Pell & Gregory são utilizadas para prever a dificuldade de extração de terceiros molares inferiores impactados. A classificação tem por base as relações espaciais mostradas em exames de imagem, sendo a radiografia panorâmica mais comumente utilizada. Os estudos de prevalência das inclusões dentárias orientam os profissionais de odontologia no planejamento cirúrgico das exodontias, além de alertá-los para as situações de maior dificuldade cirúrgica em que os acidentes e complicações são mais frequentes (DIAS-RIBEIRO et al. 2017; FONSECA et al., 2018).

Dos 55 prontuários analisados, 52,7% pertenciam ao gênero masculino, sendo este resultado diverso daquele encontrado por Fonseca, et al. (2018), em cujo estudo o maior percentual coube ao gênero feminino. A variável sexo e terceiros molares inferior incluso (38 ou 48) não possuem nenhuma correlação, não havendo diferenças significativas entre o dente incluso e o gênero ($p < 0,05$).

Com relação à idade dos pacientes, houve uma prevalência para a faixa etária de 18 a 23 (43%), seguida da faixa entre 23 a 28 anos (34%), corroborando com os dados de estudos similares (GOMES, 2017; RAMOS, 2016). Na avaliação da classificação de Pell & Gregory dos terceiros molares considerando a idade dos pacientes, é possível afirmar que não existem elementos suficientes para que exista uma associação entre a idade dos pacientes e o tipo de inclusão dentária ($p = 0,005$).

Na classificação de Winter, a maioria dos terceiros molares estava na posição mesioangulado (49% com $n = 48$) e na posição vertical (46% com $n = 45$). Estes resultados são semelhantes às observações de estudos análogos de Gomes (2017) e Dias-Ribeiro (2017). Na classificação de Pell & Gregory, a posição mais prevalente foi classe I posição A ($n = 44$), seguida da classe II posição A ($n = 22$) e classe II posição B ($n = 22$). Tais resultados são semelhantes aos encontrados por Matos, et al., (2017).

A necessidade da utilização da radiografia panorâmica é de suma importância para que o profissional possa planejar a cirurgia de modo mais coerente, discutindo e

analisando o grau de comprometimento, sendo de alto, médio ou baixo risco em relação à dificuldade. É através do exame radiográfico que se pode observar estruturas e áreas a serem respeitadas e preservadas em uma possível cirurgia, tais como: canal mandibular, base mandibular, relação com o segundo molar, relação com o ramo ascendente, relação com o plano oclusal, além de verificar a anatomia das raízes e, por fim, planejar a cirurgia (MARTINS, V. B., 2016).

O planejamento cirúrgico baseado nos exames de imagem, podem orientar na escolha da técnica cirúrgica. Os resultados deste estudo mostra que a técnica cirúrgica mais empregada foi a técnica terceira (79%), que exige incisão e descolamento de retalho. Esta técnica também está associada com maior resposta inflamatório devido a maior manipulação tecidual. Estes resultados são encontrados em estudos similares como de Seguro e Oliveira, (2014) e Oliveira e Lopes, (2016).

Os estudos sobre as complicações pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar sempre observam distribuição semelhante entre os elementos 38 e 48, indicando uma correlação maior entre a posição distoangulados, classe III posição C (ANDRADE et al., 2012; GUIMARÃES; CAMILA, 2011).

Os resultados encontrados neste estudo também mostram uma forte correlação entre a posição dente incluso, a dificuldade cirúrgica e a maior ocorrência de complicações pós operatórias. Além disso, foi possível verificar que os casos de alveolite estão associados ao uso de anticoncepcionais orais e ao hábito de tabagismo.

6 CONCLUSÃO

Para obter sucesso e para que a cirurgia ocorra dentro dos padrões aceitáveis e convencionais, o planejamento cirúrgico orientado pela radiografia panorâmica e classificação da inclusão dentária, se torna indispensável na Odontologia e de grande ajuda e eficácia na área cirúrgica.

REFERENCIAS

- ANDRADE, V. C. et al. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares - Revisão de literatura. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v. 2, n. 1, p. 27–44, 2012.
- DIAS-RIBEIRO, A. et al. Avaliação radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos: um estudo observacional em João Pessoa-PB, Brasil. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 27, n. 2, p. 5–15, 2017.
- DIAS-RIBEIRO, E.; ... J. P.-D.-... DE O.; 2017, UNDEFINED. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: revisão da literatura. **publicacoes.unid.edu.br**, [s.d.].
- FILHO, P. R. S. M. et al. Contribuição ao estudo dos quartos molares relato de caso. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 49, n. 3, p. 149–152, 1 jul. 2008.
- FONSECA, A. et al. Estudo da frequência e da variabilidade de posições dos terceiros molares nas radiografias panorâmicas no serviço de radiologia da Faculdade de. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/11926>>.
- GOMES, J. P. DE F. et al. Prevalência das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: estudo retrospectivo no sertão nordestino. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 7, p. 328–331, 2017.
- MARTINS, V. B. Artigo Original Avaliação tomográfica de terceiros molares inclusos segundo classificação de winter. **revodonto.bvsalud.org**, v. 5458, p. 18–23, 2016.
- MATOS, A. et al. TERCEIROS MOLARES INCLUSOS: revisão de literatura. **psicodebate.dpgpsifpm.com.br**, v. 3, n. 1, p. 34–49, 11 jul. 2017.
- OLIVEIRA, T.; LOPES, J. Incidência de acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares realizadas em uma clínica escola de cirurgia oral. **periodicoseletronicos.ufma.br**, p. 37–40, 2016.
- RAMOS, R. DO M. Estudo da Prevalência dos Terceiros Molares Inferiores Inclusos e da Relação entre a Posição e a Indicação para Extração. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17464>>. Acesso em: 27 out. 2018.
- SEGURO, D.; OLIVEIRA, R. V. Complicações Pós-Cirúrgicas Na Remoção De Terceiros Molares Inclusos. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1572>>. Acesso em: 27 out. 2018.

