

ANORMALIDADE DE COMPRIMENTO DOS TERCEIROS MOLARES: APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS

ANORMALITY OF SIZE IN DESPITE OF LENGHT A THIRD MOLARS: RELATED OF TWO CASES

Leandro de Carvalho **CARDOSO**¹
Rafael Akira **MURAYAMA**²
Michel **SAAD NETO**³
Álvaro Francisco **BOSCO**⁴
Thiago Marchi **MARTINS**¹

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar dois pacientes portadores de terceiros molares com comprimento total acima dos valores descritos em livros textos. Num paciente, o terceiro molar inferior apresenta comprimento total de 22 mm, sendo o comprimento da raiz 15,5 mm e da coroa 6,5 mm. Em outro paciente, os terceiros molares superiores esquerdo e direito medem, respectivamente, 24 e 25 mm, tendo suas raízes 16 e 18 mm e comprimento da coroa, 8 e 7 mm. A contribuição deste trabalho em relatar o tamanho dos terceiros molares, que superam aos descritos na literatura, por si só o justificaria. No entanto, cabe discutir as possíveis complicações que possam ocorrer quando das suas exodontias. Para o terceiro molar inferior foi constatada parestesia temporária do nervo alveolar inferior. Essa parestesia foi tratada com fisioterapia com o calor e com vitamina B1. Quando da exodontia dos terceiros molares superiores, foi detectada fratura óssea da tuberosidade da maxila, em que os fragmentos foram removidos quando da toailete da ferida cirúrgica alveolar. Ambas ocorrências não tiveram maiores implicações, devido ao bom planejamento e acurada técnica cirúrgica.

UNITERMOS: Dente incluso; terceiro molar; anormalidades dentárias - tamanho.

INTRODUÇÃO

Os terceiros molares, também denominados dentes do siso ou do juízo, apresentam grande variações de forma e volume.

O terceiro molar superior é o dente mais variável quanto à morfologia da dentadura humana. Existem variações, desde as formas típicas de molar bem constituído, até aquelas de um dente simples, cônico, repeteliano ou haplodonte (DELLA SERRA e FERREIRA,⁴ 1981). Frequentemente atingido pelo nanismo, mostra-se não somente reduzido no seu tamanho, mas também, com morfologia bastante simples. O terceiro molar inferior apresenta variações, em porcentagens menores, quando comparado com os terceiros molares superiores.

São essas variações que dão a devida relevância e/ou importância no ato da extração, exigindo do Cirurgião-Dentista, conhecimento e

experiência para o diagnóstico, planejamento e execução da técnica.

Na literatura grande ênfase se faz quanto às variações de forma e de volume. Entretanto, pouca quando se trata de anormalidade ou variação de comprimento em relação ao tamanho do dente.

Assim, é propósito do presente trabalho apresentar dois casos clínicos em que os pacientes apresentavam terceiros molares com dimensões de comprimento total que excedem aos valores descritos em livros textos.

RELATO DOS CASOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, W.A.P.A.R., 51 anos de idade, raça branca, procurou atendimento em 2001, relatando como queixa principal a necessidade de extração do terceiro molar inferior direito. Durante

¹ Cirurgião Dentista.

² Mestre em Odontologia, área Estomatologia, pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

³ Professor Titular do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

o interrogatório e anamnese, comentou que estava receosa com as informações sobre o tamanho do dente, postergando a extração desde 1997. Trouxe consigo radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. Outras radiografias periapicais foram obtidas da área do 48 e panorâmica. Ao exame clínico, nenhuma alteração do periodonto foi constatada. O 48 estava semi-incluído, sendo visualizada parte da sua coroa. Na avaliação da radiografia periapical e panorâmica (Figuras 1a e 1b), nota-se o 48 em posição vertical, com anomalia de tamanho, se comparado com os dentes vizinhos, tendo raiz longa com discreta dilatação do ápice para distal. Constata-se na radiografia panorâmica, contralateralmente, junto e abaixo do segundo pré-molar inferior esquerdo, uma área radiopaca/radiolúcida, assintomática, que está sendo acompanhada periodicamente.



Figura 1a - Radiografia panorâmica.

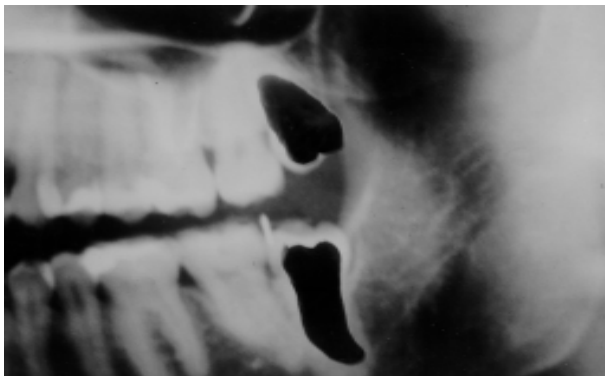


Figura 1b - Maior aumento. Os terceiros molares extraídos foram colocados sobre a película radiográfica.

Pela tomografia nota-se, em corte transversal na área do 48, que a espessura do corpo da mandíbula é de 20mm e que o ápice radicular do 48 dista da borda mandibular 4 mm (Figuras 2a e 2b) e tem proximidade com o canal mandibular. O canal mandibular localiza, no lado lingual, a 6 mm do bordo inferior da mandíbula (Figura 2b). Planejada a intervenção a paciente foi informada da possibilidade de ocorrer parestesia no pós-operatório.

Para a exodontia, apesar de não ser o objetivo

deste trabalho descrevê-la, cabe considerar, de forma resumida, a maneira como foi realizada. Após os procedimentos de anti-sepsia extra e intra bucal, procedeu-se a anestesia dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal. A incisão de Cogswell¹⁰ foi realizada para se obter o retalho mucoperiosteal, estendendo a incisão horizontal, na vestibular do segundo molar inferior, envolvendo a papila gengival e complementando com uma incisão vertical na mesial do segundo molar inferior. Exposto o dente, realizou-se osteotomia na face vestibular do terceiro molar, estendendo-a para a distal do terceiro molar. Em seguida, utilizando extratores retos aplicados na porção mesial do terceiro molar, este foi luxado para distal. Em seguida, utilizando-se de fórceps infantil (nº 151) para dentes inferiores anteriores, fez-se luxação com movimentos em lateralidade e discreta giro-versão, sendo o dente extraído. Durante a extração a paciente acusou dor, tipo compressiva que se estendia para a região anterior da mandíbula. Em seguida foi realizada a curetagem e a toaleta da cavidade cirúrgica. O retalho foi reposicionado e suturado com fio de seda 4-0. A primeira sutura, para aproximar a papila interdental, foi a suspensória em pré-molar. Os demais foram suturas interrompidas simples.

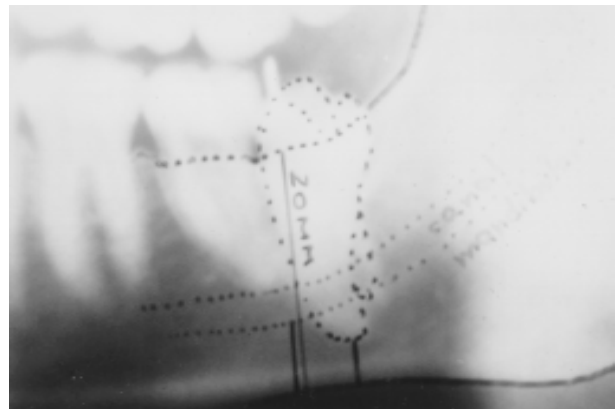


Figura 2a - Tomografia computadorizada. Relação do canal mandibular e o ápice radicular do 48. Vista lateral

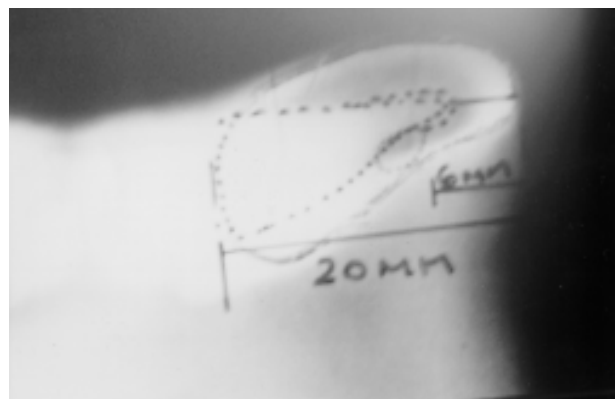


Figura 2b - Vista ântero-posterior.

Prescreveu-se penicilina 500 mg à cada 8 horas, por 5 dias. Como anti-inflamatório e analgésico foi prescrito o rofecoxibe, 50 mg cada 24 horas, por dois dias.

A Figura 3 mostra o dente extraído e sendo mensurado. Constatou-se comprimento total de 22 mm, sendo o comprimento da raiz 15,5 mm e da coroa 6,5 mm. Este achado quando comparado com os da literatura, revelou que o comprimento máximo registrado para terceiros molares inferiores foi descrito por DIAMOND⁵ (1952) com 20,5 mm, sendo a média do comprimento total de 17 a 18 mm, com altura da coroa entre 7 e 8 mm.



Figura 3 – Mensuração do 48 junto ao terceiro molar superior da mesma paciente.

Segundo WOELFEL e SCHEID¹² (2000), o comprimento total do terceiro molar, do ápice da raiz mesial à ponta da cúspide méso-bucal é em média 18,2 mm e limite entre 14,8 a 22 mm. Para esses autores, respectivamente, o comprimento da raiz mesial e distal têm em média 11,8 mm e 10,8 mm. O limite de tamanho está entre 7,3 a 14,6 mm e 5,2 a 14 mm. Valores inferiores aos descritos neste trabalho. O comprimento da raiz é contado da linha cervical ao ápice radicular.

Considerando o terceiro molar um dente com tendência a desaparecer, fica difícil compreender o que fez com que apresentasse esse comprimento radicular, não encontrando-se uma causa plausível para explicar o crescimento anômalo da raiz do 48.

No pós-operatório a paciente apresentou parestesia do nervo alveolar inferior, sendo recomendado fisioterapia com o calor e medicada com uma drágea de vitamina B₁, 300 mg, (*Benerva*®), uma vez ao dia, na refeição principal, por sete dias com intervalo de sete, durante 45 dias.

É importante comentar que, nos Estados Unidos, a remoção dos terceiros molares inferiores inclusos e semi-inclusos de pacientes jovens é recomendada de forma preventiva e profilática, principalmente, para evitar fraturas mandibulares nos que praticam atividades esportivas (ARCHER,² 1975).

O risco de fratura mandibular, no momento

da exodontia levou a paciente a postergar a extração. A ocorrência de fratura, também, pode estar associada à exodontia de inclusos sem alterações morfológicas, e/ou em pacientes que tenham o osso mandibular debilitado por lesões císticas, tumores ou infecções associadas ao dente incluso (CARVALHO et al.,³ 1978).

Embora assintomático, a extração do 48 foi indicada. O 18 foi também extraído por estar extruído e traumatizando a mucosa jugal, levando a constantes pericoronarites. Outra razão para a remoção do 48 foi a preocupação da própria paciente e de outros colegas quanto ao futuro, considerando-se a hipótese de apresentar cáries com comprometimento da polpa e/ou doenças periodontais, o que poderia complicar ainda mais a exodontia.

CASO CLÍNICO II

Paciente do sexo masculino, 25 anos, raça negra, proveniente do Estado do Mato Grosso – MS. Procurou por atendimento queixando-se da necessidade de extração dos terceiros molares superiores, por motivos ortodônticos. O paciente havia extraído os terceiros molares inferiores.

No interrogatório e anamnese não se constatou nada digno de nota. Ao exame radiográfico, pode-se observar a inclusão intra-óssea dos terceiros molares superiores esquerdo e direito, com variação de comprimento. Analisando os demais dentes, constatou-se comprimento radicular avantajado (Figuras 4a e 4b).

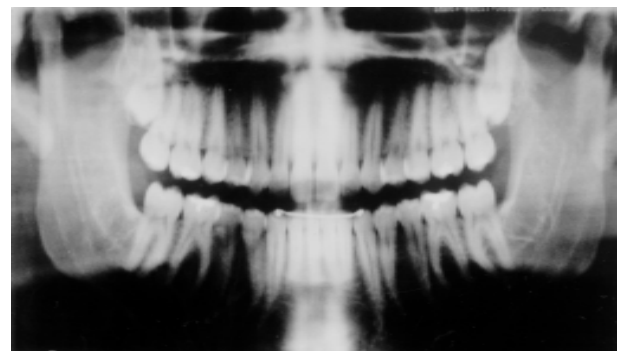


Figura 4a – Radiografia panorâmica.

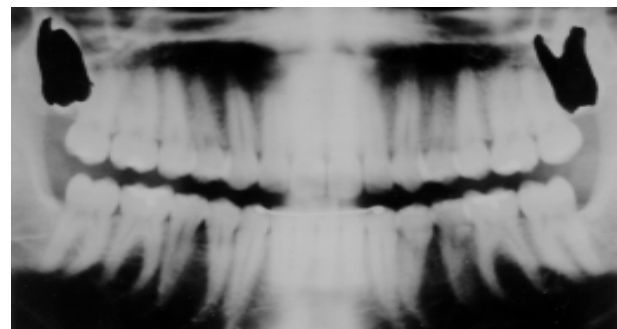


Figura 4b - Terceiros molares superiores extraídos e colocados sobre a radiografia.

Os terceiros molares superiores foram extraídos após os prévios cuidados de anti-sepsia extra e intra-bucal, anestesia dos nervos alveolares superior posterior e médio e palatino maior com complementação na região do tuber da maxila. Após o retalho e exposição do rebordo alveolar, foi realizada uma ostectomia com auxílio de cinzel goivo expondo a coroa do dente. Em seguida com extratores retos e angulados o dente foi luxado, extraído em bloco e o alvéolo curetado. Constatou-se fratura do tuber da maxila. O fragmento ósseo fraturado e desgarrado do periosteio bem como os remanescentes do capuz pericoronário foram removidos e o retalho mucoperiosteal reposicionado e suturado com pontos interrompidos.

Nas figuras 5 e 6 podem ser observados os dentes 18 e 28 extraídos e sendo mensurados. Os dentes apresentaram respectivamente comprimento total de 24 e 25 mm, tendo suas raízes 16 e 18 mm e comprimento da coroa, 8 e 7 mm.



Figura 5 – Mensuração do terceiro molar superior esquerdo.

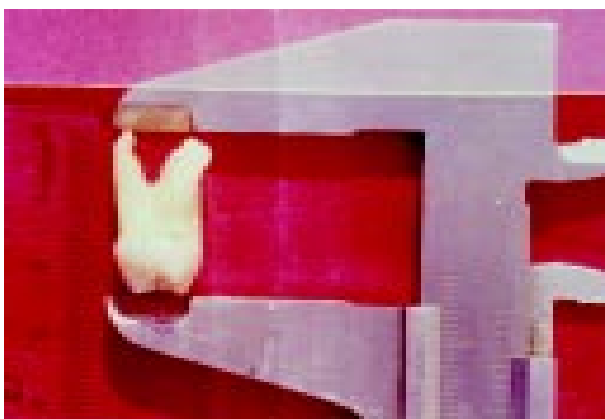


Figura 6 – Mensuração do terceiro molar superior direito.

Na literatura, a maioria dos autores (APRILE e FIGUN,¹ 1954; CARVALHO et al.,³ 1978; DELLA SERRA e FERREIRA,⁴ 1981; DIAMOND,⁵ 1952; DU BRUL,⁶ 1991; FIGUIN,⁷ 1989; PICOSSI,⁸ 1071; PICOSSI,⁹ 1983; SCHWARTZ,¹¹ 1935) relatam que a dimensão média dos terceiros molares superiores é

de 17,5 a 18 mm e a altura da coroa de 6,5 a 6,8 mm. DIAMOND⁵ (1952) encontrou o maior comprimento total, com valor de 22,5 mm, e da coroa de 8,3 mm, não citando o comprimento radicular, o que subentende o valor de 14,2.

Para WOELFEL e SCHEID¹² (2000) a média do comprimento total do terceiro molar superior é de 17,5 mm, tendo como limites 14 a 22,5 mm. O comprimento médio da coroa é de 7,2 mm com limites de 5,7 a 9. O comprimento radicular méso bucal têm média de 10,8 mm e méso palatino, 11,2. O limite pra a raiz méso bucal é de 7,1 a 15,5 e para a méso palatina de 7,4 a 15,8 mm.

Os terceiros molares superiores, descritos neste trabalho, superaram o tamanho mencionado na literatura. (DIAMOND,⁵ 1952; DELLA SERRA e FERREIRA,⁴ 1981; WOELFEL e SCHEID,¹² 2000) Um achado interessante e diferente foi ter encontrado menor tamanho para a coroa do dente e maior o comprimento radicular. Pelo processo evolutivo do ser humano, o mais esperado seria que esses dentes, com o passar do tempo, deveriam ter dimensões reduzidas e até desaparecessem.

Uma das razões para a publicação destes casos, por si só, é que as dimensões desses dentes, quanto ao comprimento (Figura 7), foram maiores aos descritos na literatura. Numa época em que muitos pacientes não apresentam os terceiros molares ou estes dentes estão em fase de involução, encontrar dentes com esta dimensão cabe documentar e registrar o fato. A segunda razão foi que os dentes foram removidos cirurgicamente, o que gera preocupação ao Cirurgião Dentista quanto ao risco de fraturas ósseas, fato observado com o tuber da maxila para os terceiros molares superiores e resolvido sem maiores complicações. Outra preocupação é a proximidade desses dentes com o seio maxilar com possibilidade de comunicação buco-sinusal, o que não ocorreu.



Figura 7 - Terceiros molares superiores e o inferior dos pacientes.

Para os dentes inferiores é a relação deste com o canal da mandíbula com risco de lesão do feixe vaso-nervoso que passa no seu interior podendo

ocasionar hemorragia e/ou parestesia. A hemorragia não foi observada, sendo apenas constatada a parestesia. Acredita-se que, pelas dores relatadas pela paciente no ato da exodontia, o que ocorreu foi a compressão da raiz contra o canal, razão da lesão do nervo e não rompimento do vaso. Não é de se preocupar a parestesia, uma vez que o emprego de vitamina B₁ auxilia a regeneração valeriana da fibra nervosa. Por estar o feixe vâsculo-nervoso contido no canal mandibular, mesmo que haja rompimento, a regeneração é favorecida de forma guiada, pela diferenciação e crescimento das células no seu interior.

CONCLUSÃO

Numa época em que os terceiros molares estão ausentes na arcada dental de muitas pessoas, os autores concluem sobre a importância de registrar o comprimento total desses dentes, que superam os descritos em livros de anatomia dental.

Uma avaliação radiográfica periapical e panorâmica, às vezes auxiliada por tomografias pode ser necessária, para o bom planejamento na exodontia de terceiros molares e evitar transtornos tanto no trans quanto no pós-operatório.

ABSTRACT

The aim of this paper is to report two cases of third molars with unusual total lengths greater than the values usually described in text books, as well as to discuss the complications that occurred during their extractions. In one of the patients, the lower third molar had a total length of 22 mm: root length of 15.5 mm and crown length of 6.5 mm. Its extraction induced a temporary paresthesia of the inferior alveolar nerve. The paresthesia was treated with vitamin B1. In the other patient, the upper left and right third molars presented with total lengths of 24 and 25 mm, respectively: root lengths of 16 and 18 mm and crown lengths of 8 and 7 mm, respectively. During the extraction of the upper third molars, the maxillary tuberosity fractured. The bone fragments were removed during debridement of the socket. There were no additional complications in either patient with any of the related problems because of an appropriate treatment plan and an accurate surgical technique.

UNITERMS: *Impacted teeth, third molars, tooth size abnormality.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - APRILE, H.; FIGUN, M. E. **Anatomia odontológica**. 3.ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1954. 392p.
- 2 - ARCHER, H. Impacted teeth. In: _____. **Oral and Maxillofacial Surgery**. 5.ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975. chap 5, p. 258.
- 3 - CARVALHO, A. C. P. et al. Transtornos provocados por dentes inclusos: considerações gerais. **ARS Curand Odontol**, v.5, n.8, p.34-42, 1978.
- 4 - DELLA SERRA, O.; FERREIRA, F. V. **Anatomia dental**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas. 1981. 334p.
- 5 - DIAMOND, M. **Dental anatomy: anatomy of the head and neck**. 3.ed. New York: Mac Millan, 1952. 471p.
- 6 - DU BRUL, E. L. **Anatomia oral de Sicher e DuBrul**. 8. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1991. p. 159, 163, 377
- 7 - FIGUIN, M. E. **Anatomia odontológica funcional aplicada**. São Paulo: Panamericana, 1989. p. 310-11; 314-315; 317 e 658.
- 8 - PICOSSI, M. **Anatomia Dentária**. São Paulo: Sarvier, 1971. p. 118-121 e 128-131.
- 9 - PICOSSI, M. **Anatomia Dentária**. São Paulo Sarvier, 1983. p. 57-59.
- 10 - SAAD NETO, M.; CALLESTINI, E. A.; PERRI DE CARVALHO. A. C. Princípios de técnica Cirúrgica para extração de terceiros molares inferiores. In: CARDOSO R. J. A.; MACHADO, M. E. L. **Odontologia, arte e conhecimento: cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. v.1, cap 3, p.31-93.
- 11 - SCHWARTZ, J. R. **Practical dental: anatomy and tooth lowing**. Dent. Items. New York: Int. Publ. 1935. WOELFEL, J. B.; SCHEID, R. C. **Anatomia dental: sua relevância para a Odontologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.151.
- 12 - WOELFEL, J. B.; SCHEID, R. C. **Anatomia dental: sua relevância para a Odontologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.151.