

Participaram da elaboração do Protocolo:

Grupo Odontologia Baseada em Evidências da área de Gestão de Qualidade da OdontoPrev:

Caroline Teggi Schwartzkopf

Emerson Nakao

Regina Juhás

Leandro Stocco Baccarin

Protocolo – Exodontia de Terceiros Molares



INTRODUÇÃO

A exodontia consiste em um procedimento cirúrgico definitivo, com a finalidade de remoção do elemento dentário que, por alguma indicação ou problema clínico não há possibilidade de manutenção do dente acometido no arco dentário.

Situações como a cárie dentária (em estágio avançado de destruição, que contraindica qualquer tipo de tratamento conservador), periodontopatias severas em estágio avançado de perda óssea (condição que define sérios danos às estruturas de sustentação do dente) e infecções locais são os principais fatores clínicos relacionados à exodontia. Podem ser incluídos neste grupo os dentes retidos e/ou impactados.

Os dentes que mais se apresentam com esta última condição clínica são os terceiros molares. A cronologia de erupção destes dentes é apresentada em uma faixa etária bem definida, com o processo eruptivo ocorrendo entre os 17 e 24 anos de idade. São os últimos dentes do arco a erupcionarem e, como estão localizados atrás do segundo molar, pode haver limitação de espaço para o seu desenvolvimento normal, o que, na maioria das vezes é a causa da retenção ou erupção parcial. Dependendo da direção em que o terceiro molar está erupcionando, pode ocorrer a impação por outro dente, como o segundo molar.

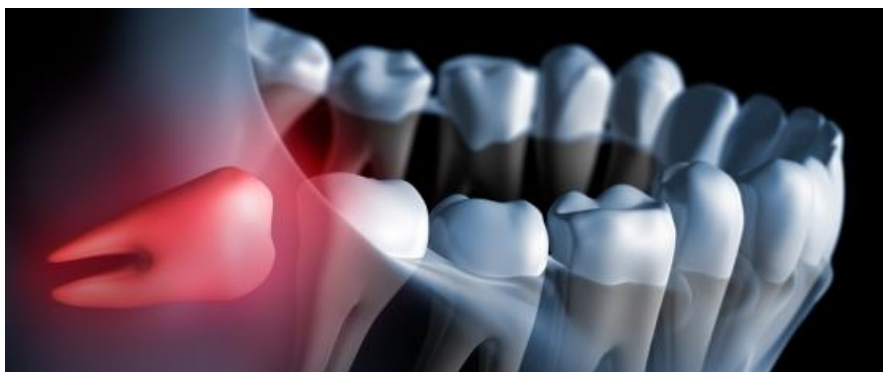
A remoção preventiva dos terceiros molares, como meio de evitar doenças e complicações futuras, tem sido tópico de alguns debates na comunidade odontológica internacional. Em evolução, a troca de ideias intensificou-se através de defensores da manutenção dos terceiros molares retidos e assintomáticos, com o foco agora na preocupação quanto a contenção de custos quando a opção é pela manutenção do dente³⁰(A).

Há, entretanto, outras situações clínicas conhecidas que levam ao procedimento cirúrgico definitivo, como problemas associados aos dentes adjacentes aos terceiros molares (reabsorções / cáries radiculares), patologias ósseas (cistos e tumores odontogênicos); tratamento da má-oclusão pela ortodontia, que pode realizar a indicação clínica para remoção de determinado elemento dental com a finalidade de liberação de espaço para permitir a movimentação e correção dos demais dentes no arco e sua respectiva discrepância, procedimento este que garante a continuidade e a finalização do tratamento ortodôntico.

Dentes inclusos / retidos dentro do osso, que por algum motivo não erupcionaram ou que erupcionaram parcialmente e não se desenvolveram clinicamente também se enquadram neste contexto e devem ser avaliados cuidadosamente quanto a sua manutenção ou remoção profilática ou por alguma outra indicação clínica que não permite sua manutenção no arco dentário.

Considera-se como “assintomático” o dente retido que não promove dor ou desconforto. Entretanto, condições clínicas como edema, trauma gengival, cáries dentárias e reabsorção de raízes de dentes adjacentes, infecções locais e o desenvolvimento de lesões ósseas, como cistos e tumores estão relacionadas aos dentes retidos / impactados.

O objetivo deste estudo é demonstrar, baseado em evidências encontradas na literatura científica nacional e internacional, as principais situações diagnósticas e as recomendações atualizadas das melhores práticas clínicas comuns ao gerenciamento dos terceiros molares.



Resumo das recomendações clínicas baseadas em evidência:

Indicações:	ERUPCIONADO	SEMI ERUPCIONADO	NÃO ERUPCIONADO
Cárie não restaurável	✓	✓	✗
Lesões endodônticas não tratáveis	✓	✓	✗
Periodontite não tratável	✓	✓	✗
Fratura coronária/radicular	✓	✗	✗
Finalidade protética/ortodôntica	✓	✓	✓
Extrusão	✓	✗	✗
Pericoronarite recorrente	✗	✓	✗
Ausência de antagonista	✓	✗	✗
Condição sistêmica pré-existente	✓	✓	✓
Reabsorção externa da raiz do dente adjacente	✗	✓	✓
Reabsorção interna/externa	✓	✓	✓
Dente em traço de fratura mandibular, dificultando ou impedindo sua redução	✓	✓	✓
Dentes acometidos por lesões patológicas a serem enucleadas	✓	✓	✓

Infecção aguda/crônica	✓	✓	✓
Cárie na distal do 2º molar	X	✓	X
Finalidade de transplante	X	X	✓
Interferência em cirurgia de reconstrução ou cirurgia ortognática	✓	✓	✓
Remoção profilática - problemas sistêmicos (transplante de órgãos, implantes aloplásticos, quimio e radioterapia)	✓	✓	✓
Controle ou limitação da doença periodontal	✓	✓	✓
Posição ectópica (extrusão, inclinações)	✓	✓	✓
Anormalidades de tamanho ou forma	✓	✓	✓
Dor	✓	✓	✓
Paciente recusou opção por tratamento não-cirúrgico	✓	✓	✓

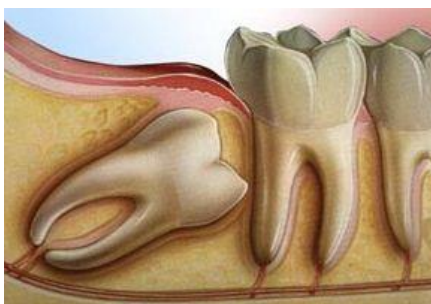
Contraindicações:	ERUPCIONADO	SEMI ERUPCIONADO	NÃO ERUPCIONADO
Paciente optou por tratamento conservador após orientação	CONTRA INDICADO		
Completamente erupcionado, funcional, livre de doenças e bem posicionado.			
Condição sistêmica Pré- existente			
Pericoronarite isolada			
Idade			
Alto risco de danos a estruturas anatômicas importantes			
Bifosfonatos			
Após radioterapia de cabeça e pescoço			



Apesar de ser possível definir indicações e contra-indicações para as exodontias de terceiros molares, que são determinantes para o plano de tratamento, é importante observarmos sempre a avaliação da condição clínica do dente através de exame realizado por cirurgião e o consentimento e/ou expectativa do paciente²³(C).

Declaração de posicionamento da AAOMS:

- 1) Todos os pacientes com dentes impactados deveriam ser cuidadosamente avaliados por um dentista qualificado. Amparado pelas melhores evidências, os dentes impactados que demonstrarem patologia, deveriam ser tratados cirurgicamente. Na ausência de patologia ou risco significativo de patologia, o monitoramento clínico e radiográfico ativo e periódico está indicado.



- 2) Todos os 3ºM deveriam ser deliberadamente gerenciados utilizando a abordagem baseada em evidências. O gerenciamento apropriado do 3ºM inclui remoção, remoção parcial ou retenção, seguida de acompanhamento clínico e radiográfico ativo para se certificar que uma patologia não se desenvolveu.

- 3) A ausência de sintomas não necessariamente significa ausência de doença.
- 4) Todos os 3ºM deveriam ser acompanhados por um dentista qualificado. Cirurgias bucomaxilofaciais gerenciam condições agudas, crônicas e potencialmente patológicas cirurgicamente.
- 5) A terapia do 3ºM é um paradigma de tratamento baseado em evidências. Inclui acompanhamento radiográfico para avaliar a posição do dente, patologia e possível necessidade de remoção. Todos os 3ºM retidos necessitam de acompanhamento periódico.
- 6) Germectomia é definida como a remoção de um dente com um terço ou menos da sua raiz formada e que também tem ligamento periodontal discernível radiograficamente. A remoção nesse estágio pode estar associada com uma baixa incidência de morbidade, assim como com um menor impacto econômico devido ao menor tempo de afastamento do trabalho.



Referências Bibliográficas.

1. Mettes TD, Ghaemina H, Nienhuijs ME, Perry J, van der Sanden WJ, Plasschaert A. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2:CD003879.
2. Bradshaw S, Faulk J, Blakey GH, Phillips C, Phero JA, White RP Jr. Quality of life outcomes after third molar removal in subjects with minor symptoms of pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(11):2494-500.
3. Costa MG, Pazzini CA, Pantuzo MC, Jorge ML, Marques LS. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Braz Oral Res* 2013; 27(2):183-8.
4. Rafetto LK, Synan W. Surgical Management of Third Molars. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2012; 20(2):197-223.
5. Dodson TB. The management of the asymptomatic, disease-free wisdom tooth: removal versus retention. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2012; 20(2):169-76.
6. Swift JQ, Nelson WJ. The nature of third molars: are third molars different than other teeth? *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2012; 20(2):159-62.
7. Marigo G, Marigo M, Rezende FG, Marigo M. O terceiro molar como fator etiológico do apinhamento ântero-inferior. *Rev Cient FACS* 2011 13: 11
8. Kandasamy S, Rinchuse DJ, Rinchuse DJ. The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J* 2009; 54(4):284-92. doi:10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x.
9. Duarte BG, Dias-Ribeiro E, Rocha JF, Sampieri MBS, Sant'ana E, Gonçalves ES. Pathological changes and mandibular angle fractures justify the prophylactic extraction of third lower molars? *Rev Odontol UNESP*. 2011; 40(2): 96-102.

10. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg* 2007 65(9):1685-92.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the Extraction of Wisdom Teeth [Internet]. London, UK: NICE; 2000 [Revised 2003 mar, updated 2011 Jan 10, cited 2014 apr 09] Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11385/31993/31993.pdf>.
12. Suska F, Kjeller G, Molander A, Samuelsson O, Svanberg T, Liljegren A. Removal of impacted wisdom teeth . Gothenburg: The Regional Health Technology Assessment Centre (HTA-centrum). HTA-rapport 2010:30.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Unerupted and Impacted Third Molar Teeth: A National Clinical Guideline. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000. [updated 2012 oct 25, cited 2014 apr 09] Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign43.pdf>.
14. Chaparro-Avendaño AV, Pérez-García S, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Morbidity of third molar extraction in patients between 12 and 18 years of age. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10(5):422-31.
15. Fuster-Torres MA, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(8):E499-504.
16. Lima CJ, Silva LCF, Melo MRS, Santos JASS, Santos TS. Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(2):e281-6.
17. Bienstock DA, Dodson TB, Perrott DH, Chuang SK. Prognostic factors affecting the duration of disability after third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(5):1272-7. doi: 10.1016/j.joms.2010.06.211.
18. White RP Jr; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons House of Delegates. Progress report on third molar clinical trials. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(3):377-83.
19. NHS Centre for Reviews and Disseminations. Prophylactic removal of impacted third molars: is it justified? York, United Kingdom: NHS Centre for Reviews and Disseminations, 1998. [updated 1999 Jan 21, cited 2014 apr 09] Available from: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/EM/em32.pdf>
20. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;108(6):821-7.
21. Kinard BE, Dodson TB. Most patients with asymptomatic, disease-free third molars elect extraction over retention as their preferred treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68(12):2935-42.
22. American Public Health Association. Opposition to prophylactic removal of third molars (wisdom teeth). Washington, United States of America: American Public Health Association: 2008. [cited 2014 apr 22] Available from: <http://www.apha.org/advocacy/policy/policysearch/default.htm?id=1371>
23. HealthPartners Dental Group. HealthPartners Dental Group and Clinics third molar guide. Minneapolis, United States of America: HealthPartners Dental Group, 2008. [updated 2013 may 01, cited 2014 apr 09] Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47399&search=tooth+removal>

24. The Faculty of Dental Surgery of the Royal College of Surgeons of England. National Clinical Guidelines 1997: Current Clinical Practice and Parameters of Care - The Management of Patients with Third Molar (syn: Wisdom) Teeth: The Faculty of Dental Surgery of the Royal College of Surgeons of England. [updated 2004, cited 2014 apr 09] Available from: http://www.rcseng.ac.uk/fds/publications-clinical-guidelines/clinical_guidelines/documents/3rdmolar.pdf
25. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. White Paper on Third Molar Data. Rosemont, IL, United States of America: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2010 [cited 2014 apr 09] Available from: http://www.aaoms.org/docs/third_molar_white_paper.pdf
26. Karasawa LH, Rossi AC, Groppo FC, Prado FB, Caria PH. Cross-sectional study of correlation between mandibular incisor crowding and third molars in young Brazilians. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(3):e505-9.
27. Dodson TB, Cheifetz ID, Nelson WJ, Rafetto LK. Summary of the proceeding of the Third Molar Multidisciplinary Conference. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S66-9.
28. Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1554-9.
29. Juodzbaly G, Daugela P. Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and a Proposal of a Classification. *J Oral Maxillofac Res*. 2013 1;4(2):e1. eCollection 2013.
30. Cheifetz ID, Rafetto LK, Nelson WJ. Preface. Proceedings of the Third Molar Multidisciplinary Conference. Washington, DC, October 19, 2010. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S1.
31. Dodson TB, Rafetto LK, Nelson WJ. Introduction. Proceedings of the Third Molar Multidisciplinary Conference. Washington, DC, October 19, 2010. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S2-3.
32. Dodson TB. How many patients have third molars and how many have one or more asymptomatic, disease-free third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S4-7.
33. Koumaras GM. What costs are associated with the management of third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S8-10.
34. Phillips C, White RP Jr. How predictable is the position of third molars over time? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(9 Suppl 1):S11-4.
35. Marciani RD. Is there pathology associated with asymptomatic third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S15-9.
36. Dodson TB. Surveillance as a management strategy for retained third molars: is it desirable? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S20-4.
37. Piecuch JF. What strategies are helpful in the operative management of third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S25-32.
38. Pogrel MA. What are the risks of operative intervention? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S33-6.
39. Pogrel MA. What is the effect of timing of removal on the incidence and severity of complications? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S37-40.
40. Ventä I. How often do asymptomatic, disease-free third molars need to be removed? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S41-7.
41. Renton T, Al-Haboubi M, Pau A, Shepherd J, Gallagher JE. What has been the United Kingdom's experience with retention of third molars? *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S48-57.

42. Offenbacher S, Beck JD, Moss KL, Barros S, Mendoza L, White RP Jr. What are the local and systemic implications of third molar retention? *J Oral Maxillofac Surg.* 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S58-65.
43. Stathopoulos P, Mezitis M, Kappatos C, et al: Cysts and tumors associated with impacted third molars: Is prophylactic removal justified? *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:405.
44. Dodson TB. Management of Asymptomatic Wisdom Teeth: An Evidence-Based Approach. In: Bagheri SC, Bell RB, Khan HA., eds. *Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery*, St. Louis: Saunders Elsevier; 2012. p. 122-126.
45. Bagheri SC, Khan HA. Dentoalveolar Surgery. In: Bagheri SC, Jo C., eds. *Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery*, St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. p. 89-105.
46. Leung YY, Cheung LK. Coronectomy of the lower third molar is safe within the first 3 years. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(7):1515-1522.
47. Hupp JR. Principles of Management of Impacted Teeth. In.: Hupp JR, Ellis E, Tucker MR, (eds): *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*, St. Louis: Elsevier Mosby, 2014 pp 143-167.
48. Venta I, Hiiri A, Ingman T, Mattila M, Palokas K, Rajasuo A, Sane J. Third Molar. Helsinki, Finland: Finnish Medical Society Duodecim and the Finnish Dental Society, Apollonia, 2009 [cited 2009 mar 24] Available from: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/guidelines/guideline?id=ccs00056>
49. Evidence-based Management of Third Molar Teeth Presentation AAOMS. Disponible em: http://www.aaoms.org/images/uploads/pdfs/evidence_based_management_third_molars.pdf
50. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. White Paper – Management of Third Molar Teeth. Disponible em: http://www.aaoms.org/images/uploads/pdfs/management_third_molar_white_paper.pdf
51. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Third Molar Disciplinary Conference, Third Molar Clinical studies – Summary of data. Disponible em: http://www.aaoms.org/images/uploads/pdfs/executive_summary.pdf
52. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Supporting information to the Management of Patients with Third Molar Teeth. Disponible em: http://www.aaoms.org/images/uploads/pdfs/management_third_molar_supporting_information.pdf
53. Li Chunjie, Lv Zongkai, Shi Zongdao, Zhu Ye, Wu Yafei, Li Longjiang, IheozorEjiofor Zipporah. Periodontal therapy for the management of cardiovascular disease in patients with chronic periodontitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 8, Art. No. CD009197. DOI: 10.1002/14651858.CD009197.pub8

Nome Procedimento	Exodontia de terceiros molares
Descrição do procedimento	Remoção do terceiro molar erupcionado, incluso, semi incluso ou impactado.
Indicações (erupcionados, inclusos, semi-inclusos ou impactados)	<p>Cistos e Tumores odontogênicos (patologias ósseas)</p> <p>Reabsorção dente adjacente</p> <p>Pericoronarite recorrente (histórico em sistema)</p> <p>Interferência em cirurgia de reconstrução ou cirurgia ortognática</p> <p>Reabsorção interna/externa</p> <p>Dente em traço de fratura mandibular, dificultando ou impedindo sua redução</p> <p>Dentes acometidos por lesões patológicas a serem enucleadas</p> <p>Infecção aguda/crônica</p> <p>Remoção profilática - problemas sistêmicos (transplante de órgãos, implantes aloplásticos, quimio e radioterapia)</p> <p>Controle ou limitação da doença periodontal</p> <p>Posição ectópica (extrusão, inclinações)</p> <p>Anormalidades de tamanho ou forma</p> <p>Dor</p> <p>Paciente recusou opção por tratamento não-cirúrgico</p>
Contra-Indicação (erupcionados, inclusos, semi-inclusos ou impactados)	<p>Dentes assintomáticos, que não apresente nenhuma condição citada no item "Indicações"</p> <p>Dente erupcionado, funcional, livre de doenças e bem posicionado.</p> <p>Condição sistêmica Pré- existente</p> <p>Pericoronarite isolada</p> <p>Alto risco de danos a estruturas anatômicas importantes</p> <p>Após radioterapia de cabeça e pescoço</p> <p>Bifosfonatos</p> <p>Idade</p> <p>Paciente optou por tratamento conservador após orientação</p>
	Cárie não restaurável

Indicações (erupcionados)	Lesões endodônticas não tratáveis Periodontite não tratável Fratura coronária/radicular Finalidade protética/ortodôntica Extrusão Ausência de antagonista Condição sistêmica pré-existente	
Contra - Indicações (erupcionados)	Pericoronarite recorrente Reabsorção externa da raiz do dente adjacente Cárie na distal do 2º molar Finalidade de transplante	
Indicações (semi-erupcionados)	Cárie não restaurável Lesões endodônticas não tratáveis Periodontite não tratável Pericoronarite recorrente Reabsorção externa da raiz do dente adjacente	
Contra - Indicações (semi-erupcionados)	Extrusão Ausência de antagonista Finalidade de transplante	
Caráter da Indicação	Eletiva SIM	Urgência NAO
Exames da Indicação	RX periapical (exodontia simples) RX panorâmica (incluso/impactado)	
Códigos TUSS	Descrição	
82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	
82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	
82.000.875	Exodontia simples de permanente	
Materiais Especiais	NÃO	
Rastreabilidade	Sim	
Observações	Fica à critério da Operadora a adoção de pré autorização para o Protocolo. Neste caso, a sugestão é que o Prestador envie para a OPS GTO preenchida, imagem RX e Anamnese para análise (fatores de risco para cirurgia).	
Comentários (para uso da OPS)		

