



Anatomia e considerações clínicas dos Terceiros Molares Inclusos: Uma Revisão de Literatura

*Cleber Oliveira Ribeiro Júnior¹; Bruno Bomfim Rocha²; Fernando Clécio Santos do Carmo³;
Luciano Ferreira Ladeia Júnior²*

Resumo: A remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em odontologia. Não há evidências para apoiar a remoção profilática de terceiros molares inferiores; em contraste, no caso de condições patológicas relacionadas ao terceiro molar mandibular, a remoção pode ser considerada. As alterações patológicas podem ser sintomáticas ou assintomáticas. Sendo, portanto, o objetivo do presente trabalho apresentar a impação dos terceiros molares como um problema de saúde caracterizando a importância desses conhecimentos para o Cirurgião-dentista. Será realizada uma revisão de literatura a partir da busca nos bancos de dados PubMed e LiLacs para identificar as publicações disponíveis no período de 2009 a 2019. As seguintes palavras-chave serão utilizadas na busca: “Terceiros Molares Inclusos” em português e em inglês. Serão excluídos, resumos e resumos expandidos, estudos experimentais não finalizados, artigos latino-americanos. Os artigos encontrados serão separados e adicionados no Mendeley para identificação de duplicatas, após a exclusão das duplicatas serão lidos os títulos para a primeira etapa da seleção dos artigos, em seguida a leitura dos resumos que terá caráter de exclusão ou permanência do manuscrito e por fim a leitura do artigo na íntegra para composição da revisão da literatura.

Palavras-Chave: Dente Serotino. Odontologia. Cirurgia Odontológica. Terceiro Molar.

Anatomy and clinical considerations of the included third molars: A Literature Review

Abstract: Surgical removal of the lower third molars is one of the most commonly performed surgical procedures in dentistry. There is no evidence to support prophylactic removal of lower third molars; In contrast, in the case of pathological conditions related to the mandibular third molar, removal may be considered. Pathological changes may be symptomatic or asymptomatic. Therefore, the objective of the present study is to present the impaction of the third molars as a health problem characterizing the importance of this knowledge for the dental surgeon. A literature review will be performed from the PubMed and LiLacs database search to identify publications available from 2009 to 2019. The following keywords will be used in the search: "Third Molar Included" in Portuguese and English. Will be excluded, abstracts and expanded summaries, unfinished experimental studies, Latin American articles. Articles found will be separated and added in Mendeley for identification of duplicates, after deletion of duplicates the titles will be read for the first stage of article selection, then reading the abstracts that will have the character of exclusion or permanence of the manuscript and finally reading the full article for the composition of the literature review.

Keywords: Serotine Tooth. Dentistry. Dental surgery. Third molar.

¹ Graduando em Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista, BA, Brasil.
Email: cleberjr012@gmail.com;

² Graduando em Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista, BA, Brasil.
Email: rocha_bonfim@hotmail.com;

³ Graduando em Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista, BA, Brasil.
Email: fernando18clecio@hotmail.com;

⁴ Professor de Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, Vitória da Conquista, Ba, Brasil.
Email: lucianoladeia@hotmail.com.

Introdução

A remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em odontologia (GLÓRIA et al., 2018). Não há evidências para apoiar a remoção profilática de terceiros molares inferiores; em contraste, no caso de condições patológicas relacionadas ao terceiro molar mandibular, a remoção pode ser considerada. As alterações patológicas podem ser sintomáticas ou assintomáticas (GÖÇMEN et al., 2017).

Na ausência de sintomas subjetivos, pelo menos três fatores radiográficos geralmente determinam a decisão de remover um terceiro molar mandibular impactado/semi-impactado: reabsorção na superfície distal do segundo molar, perda óssea marginal na superfície da raiz distal do segundo molar e um aumento do espaço periodontal ou cisto ao redor da coroa do terceiro molar (EA; L, 2018). Assim, se pelo menos uma dessas patologias estiver presente na radiografia, o terceiro molar deve ser removido (STADERINI et al., 2019).

De acordo com a literatura, a imagem panorâmica pode ser o método de primeira escolha para o exame dos terceiros molares inferiores, uma vez que fornece uma visão geral dos dentes e mandíbulas (ISOLA et al., 2019). A imagem intraoral é uma alternativa, mas foi demonstrado que em cerca de 25 a 36% dos casos, o terceiro molar e as estruturas anatômicas adjacentes não são visualizados por este método (HIRAKATA et al., 2016).

Em inclusão, ou seja, sem erupção devido sua posição no interior do osso, os terceiros molares são os que possuem maior taxa de se encontrarem nessa condição na prática clínica (GÖÇMEN et al., 2017), especialmente em jovens entre 14 e 26 anos. O tipo de ingestão alimentar, o nível de utilização do sistema mastigatório, falta de espaço ósseo e o fator hereditário também podem afetar na erupção, ou ausência desta, do terceiro molar (DE TOBEL et al., 2017; DI NARDO et al., 2019).

Os terceiros molares inclusos estão associados a apinhamentos, pericoronarite, cárie dentária, reabsorção radicular e periodontites. Além disso, complicações mais graves como desenvolvimento de cistos e tumores, osteomielite e celulites também são relatados, podendo gerar hospitalização para tratamento odontológico associado ao médico (SINGH et al., 2016).

Atualmente, existem duas formas distintas para classificar os terceiros molares inclusos, uma relacionada à profundidade de inclusão deste dente, e outra relacionada à inclusão dentro

do ramo mandibular (CHOU et al., 2017; YILMAZ et al., 2016). Sendo a primeira classificação a comparação da altura da face oclusal do terceiro molar em relação à oclusal e cervical do segundo molar que serviu como ponto de referência (YILMAZ et al., 2016).

Classificação classe A: se a oclusal do terceiro estiver no mesmo nível ou acima da mesma face do dente vizinho (no caso dos superiores mesmo nível ou abaixo); Classe B: se essa face aparecer entre a oclusal e cervical do dente referência; Classe C; se essa face estiver mais apical que a cervical do segundo molar (FAN et al., 2015). Já a outra classificação o diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação ao ramo mandibular, quando este diâmetro estiver totalmente à mesial da borda anterior do ramo da mandíbula, classificaremos como classe I, contudo a classe II será quando o prolongamento da borda anterior ramo mandibular estiver dentro do diâmetro mesio-distal dessa estrutura anatômica (SIDLAUSKAS; TRAKINIENE, 2006; YILMAZ et al., 2016; ZAWAWI; MELIS, 2014).

A cirurgia do terceiro molar é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, causando um grande gasto em saúde em países como Estados Unidos e Inglaterra. Alguns pacientes podem não apresentar sintomas com a inclusão dos terceiros molares e, embora algumas cirurgias sejam simples, muitos casos exigem procedimentos mais complexos, como em levantamentos de retalho ou remoção de osso alveolar, aumentando os riscos (KARASAWA et al., 2013).

Dente incluso ou não irrompido é o órgão dentário que, mesmo completamente desenvolvido não irrompeu na cavidade bucal, encontrando-se, portanto, totalmente coberto por tecido ósseo e/ou por mucosa (Z.Z.; O.; F.N., 2018). A retenção dentária pode ser observada tanto na dentição decídua quanto na permanente, com maior predominância nesta última, pois durante a formação e irrompimento dos dentes, a criança está sujeita a vários fatores locais e sistêmicos que podem determinar o não irrompimento de um ou mais dentes (EA; L, 2018). O terceiro molar inferior é um dente incomum, caracterizado por considerável variabilidade no tempo de formação, variações na morfologia da coroa e da raiz e, não infreqüentemente, por impactação (AU et al., 2015; LIU et al., 2019).

A cirurgia de terceiros molares é um dos procedimentos mais frequentes para o cirurgião dentista e representa um procedimento padrão para estes profissionais. São os dentes que se encontram retidos com maior frequência, principalmente os inferiores (YOSHINO et

al., 2014). A falta de espaço no arco dental é o principal fator etiológico, porém, hereditariedade, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos, alterações sistêmicas e algumas síndromes podem estar associadas (HIRAKATA et al., 2016; TESHOME, 2017).

O objetivo do presente estudo foi apresentar uma revisão de literatura sobre a impactação dos terceiros molares como um problema de saúde caracterizando a importância desses conhecimentos para o Cirurgião-dentista.

Metodologia

Foi realizada uma busca no banco de dados PubMed e LiLacs para identificar as publicações disponíveis no período de 2009 a 2019. As seguintes palavras-chave foram utilizadas na busca: “TERCEIROS MOLARES INCLUSOS”, “THIRD MOLAR INCLUDED”. Foram excluídos das buscas publicações em revistas não científicas ou de avaliação Qualis, resumos e resumos expandidos, estudos experimentais não finalizados, artigos latino-americanos. Os artigos encontrados foram separados e adicionados no Mendeley para identificação de duplicatas, após a exclusão das duplicatas, foram lidos os títulos para a primeira etapa da seleção dos artigos, em seguida a leitura dos resumos que teve caráter de exclusão ou permanência do manuscrito e por fim a leitura do artigo na íntegra para composição da revisão da literatura.

Revisão da Literatura

A impactação dentária é uma situação patológica em que um dente não pode ou não entra em erupção em sua posição normal de funcionamento. Na dentição humana, os terceiros molares têm a maior taxa de impactação de todos os dentes. Os principais fatores relacionados à impactação dentária são falta de espaço, crescimento esquelético limitado, aumento do

tamanho da coroa e maturação tardia dos terceiros molares (DE TOBEL et al., 2017; NIEDZIELSKA, 2005; TARAZONA et al., 2015).

Embora os terceiros molares impactados possam permanecer indefinidamente sem sintomas, eles podem causar vários sintomas e patologias, como pericoronite, dor, inchaço, cárie distal, perda óssea, reabsorção radicular de dentes adjacentes, cistos odontogênicos e tumores (YILMAZ et al., 2016). Considera-se que a ocorrência de patologia resultante de impaction tem origem multifatorial. Status de erupção, posição e angulação têm impacto sobre esses sintomas. A decisão de remover ou não um terceiro molar inferior é provavelmente uma das decisões de tratamento mais frequentes na profissão odontológica (CHOU et al., 2017; SINGH et al., 2016).

A posição anatômica dos terceiros molares impactados mostra variações importantes que antecipam a dificuldade de extração. Vários métodos têm sido utilizados para classificar a impaction. Essa classificação é baseada em muitos fatores, como o nível de impaction, a angulação dos terceiros molares e a relação com a borda anterior do ramo (BADENOCH-JONES; LYNHAM; LOESSNER, 2016).

A profundidade ou o nível dos terceiros molares superiores e inferiores pode ser classificado usando o sistema de classificação Pell e Gregory (Tabela 1) (Figura 1) onde os dentes impactados são avaliados de acordo com sentido ocluso-apical e entre a distal do segundo molar e o ramo da mandíbula e da classificação de Winter (Tabela 2) (Figura 2) que avalia o posicionamento do terceiro molar em relação ao longo eixo fisiológico do segundo molar inferior (WU et al., 2017).

Tabela 1: Classificação de Pell e Gregory

Classificação Pell e Gregory	Conceito
Classe I	diâmetro mesio-distal do terceiro molar é menor que a distância do bordo anterior do ramo da mandibular com a face distal do segundo molar.
Classe II	diâmetro mesio-distal do terceiro molar é maior que a distância do bordo anterior do ramo mandibular com a face distal do segundo molar.
Classe III	não há espaço entre a distal do segundo molar e o ramo mandibular.

Classificação quanto ao plano oclusal	Conceito
Classe A	face oclusal do terceiro molar no mesmo nível ou acima do plano oclusal.
Classe B	face oclusal do terceiro molar entre o plano oclusal e a cervical do segundo molar.
Classe C	face oclusal do terceiro molar abaixo da cervical do segundo molar.

Figura 1: Classificação de Pell e Gregory

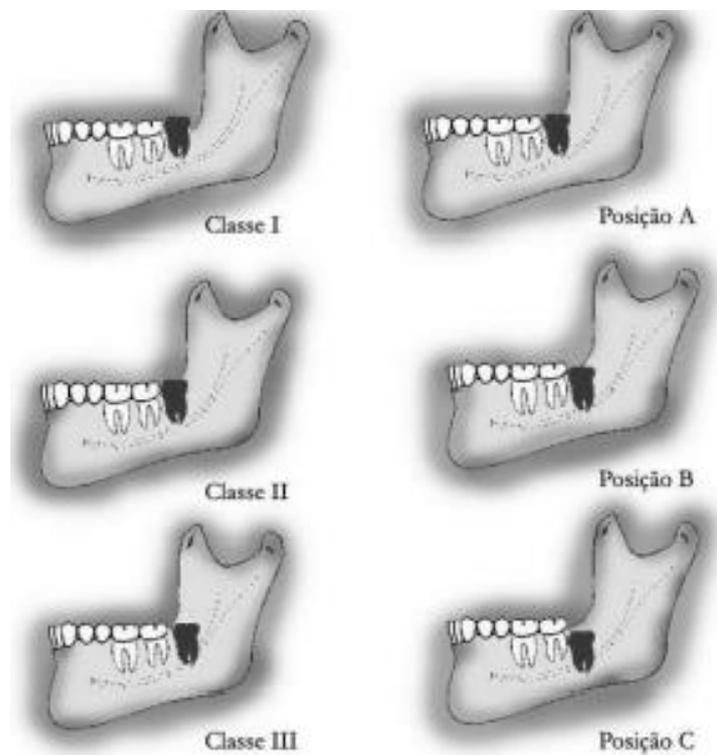


Tabela 2: Classificação de Winter

Classificação de Winter	Conceito
Vertical	O dente incluído está paralelo ao longo eixo do segundo molar
Mésio-angular	O dente está voltado para mesial
Disto-angular	O dente está voltado para a distal em relação ao longo eixo do segundo molar
Horizontal	O dente está totalmente deitado com a face oclusal voltado para o segundo molar
Horizontal vestibular ou lingual	O dente está totalmente deitado com a face oclusal para vestibular ou lingual
Invertido	O dente incluído está de cabeça para baixo com a face oclusal voltada para a base da mandíbula

Figura 2 : classificação de Winter

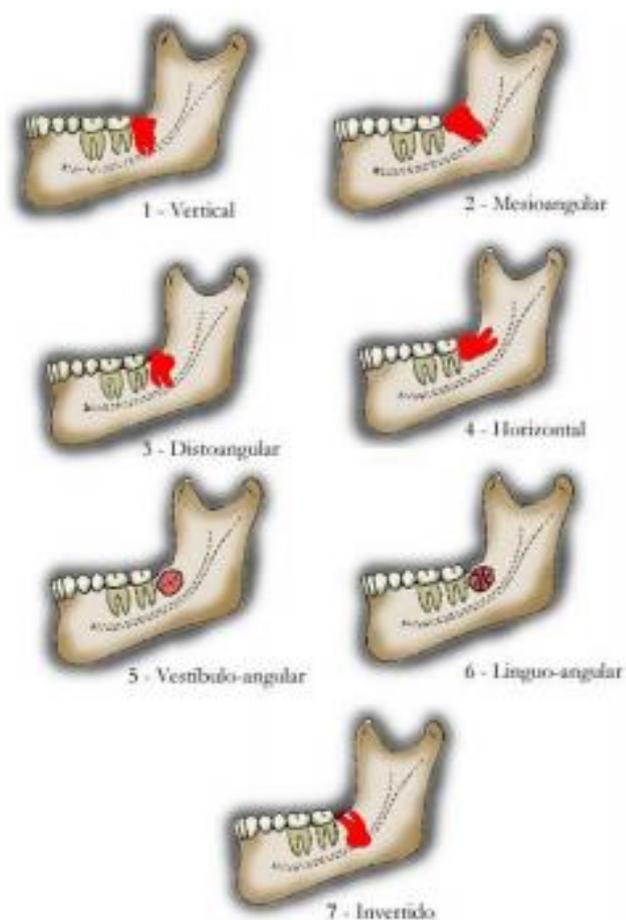


Tabela 3: Tecido de recobrimento

Natureza do tecido do recobrimento	Conceito
Intra-ósseo	Totalmente recoberto pelo tecido ósseo
Submucoso	O dente perfura a cortical óssea, porém permanece incluso e coberto com mucosa
Semi-incluso	Comunicação com a cavidade bucal, porém não atinge erupção completa

A extração cirúrgica de terceiros molares é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em odontologia. A remoção de um dente terceiro molar doente ou sintomático reduz a dor e os sintomas e melhora a saúde e a função bucal dos pacientes (CERVERA-ESPERT et al., 2016). O Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE) introduziu orientação sobre a extração de dentes do siso em 2000.

Essa diretriz recomendou que a prática de remoção profilática de terceiros molares impactados, sem patologia, fosse descontinuada e sugeriu indicações para a extração cirúrgica da seguinte forma: pericoronite recorrente, celulite, abscesso, osteomielite, doença de foliculos, incluindo cistos e tumores, cárie não restaurável, patologia pulpar e/ou periapical intratável, reabsorção interna/externa de dentes adjacentes, fratura de dente, uma cirurgia de impedimento de dente ou cirurgia reconstrutiva da mandíbula e um dente envolvido no ou dentro do campo do tumor ressecção (FAN et al., 2015; KARASAWA et al., 2013; SIDLAUSKAS; TRAKINIENE, 2006; ZAWAWI; MELIS, 2014).

A extração profilática de terceiros molares deve ser baseada em uma estimativa de equilíbrio entre os riscos e as vantagens dos terceiros molares retidos porque não há pesquisas confiáveis que sugiram que a remoção de terceiros molares impactados e livres de doenças seja benéfica para os pacientes e porque a cirurgia desnecessária expõe os pacientes a riscos (Z.Z.; O.; F.N., 2018).

A extração cirúrgica de terceiros molares é frequentemente acompanhada de dor, inchaço, sangramento, trismo e disfunção oral geral durante a fase de cicatrização; menos comumente, podem ocorrer danos nos nervos, danos nos dentes adjacentes, fratura da

mandíbula e comunicação oroantral. A remoção precoce de terceiros molares anormais pode reduzir o risco aumentado de complicações (STADERINI et al., 2019; YU et al., 2017).

Na ortodontia, o papel mais controverso dos terceiros molares é se eles podem contribuir para o desenvolvimento de más oclusões ou recidivas após o tratamento ortodôntico, principalmente no segmento anterior da arcada dentária. Embora esse assunto tenha sido discutido e apresentado na literatura, é uma questão que permanece por resolver (AVELLANEDA-GIMENO; FIGUEIREDO; VALMASEDA-CASTELLÓN, 2017). Foi levantada a hipótese de que, durante a erupção, o dente poderia transmitir um componente anterior de força pela arcada dentária, concentrando-se nas áreas de caninos e incisivos, o que resulta em rotação e extravio dos dentes (DODSON; SUSARLA, 2014; YOSHINO et al., 2014).

Com base nessa teoria, Niedzielska sugeriu que, quando há espaço suficiente para a erupção dos terceiros molares, o dente assume uma posição normal na arcada dentária e não causa deslocamento dos outros dentes; por outro lado, quando o espaço é deficiente, os terceiros molares podem agravar o apinhamento dentário (NIEDZIELSKA, 2005). No entanto, vários estudos não confirmaram essas conclusões. Sidlauskas e Trakiniene estudaram um grupo de noventa e um indivíduos com idade média de 21 anos. O registro do apinhamento baseou-se nas medidas da largura mesiodistal dos dentes em relação ao comprimento do segmento correspondente da arcada dentária inferior (SIDLAUSKAS; TRAKINIENE, 2006).

Não foram relatadas diferenças estatisticamente significantes em termos de apinhamento das arcadas dentárias inferiores entre os grupos com erupção, não erupção e agenesia de terceiros molares. Eles concluíram que não há evidências que impliquem terceiros molares como fatores etiológicos no aglomerado tardio do arco dentário inferior (SIDLAUSKAS; TRAKINIENE, 2006). Além disso, Karasawa et al. avaliaram trezentos indivíduos com idade média de 20,4 anos sobre a presença ou ausência de dentes do siso e apinhamento de incisivos inferiores. Eles também não encontraram associação estatisticamente significativa entre a presença de terceiros molares superiores e/ou inferiores e apinhamento anterior dos dentes inferiores (KARASAWA et al., 2013).

A remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores é responsável por um grande volume de casos na prática cirúrgica oral contemporânea e requer muito planejamento e habilidade cirúrgica, durante o diagnóstico pré-operatório e o gerenciamento pós-operatório (ZAWAWI; MELIS, 2014). Embora a taxa geral de complicações seja baixa e a maioria das complicações seja pequena; esse procedimento é tão comum que a morbidade populacional das complicações pode ser significativa. É importante que seja desenvolvido um paradigma para os fatores associados à dificuldade de extração de terceiros molares para atender os pacientes com mais eficácia, planejar operações e educar estudantes e residentes (EA; L, 2018; GLÓRIA et al., 2018; SUKEGAWA et al., 2019).

As classificações de Wharfe, Winters e Pell e Gregory são os sistemas de classificação bem conhecidos para estimar a dificuldade de remoção do terceiro molar com base na avaliação radiológica da dentição. Com o tempo, vários outros autores observaram que a dificuldade durante a cirurgia não pode ser avaliada no pré-operatório, mas deve ser feita no intra-operatório. Foi sugerido que os fatores do paciente também têm um impacto importante no aumento da dificuldade da cirurgia de terceiros molares (MCARDLE et al., 2018).

Considerações Finais

Acredita-se que os terceiros molares impactados possam permanecer indefinidamente sem sintomas, eles podem causar vários sintomas e patologias, como pericoronite, dor, inchaço, cárie distal, perda óssea, reabsorção radicular de dentes adjacentes, cistos odontogênicos e tumores. Com isso a remoção cirurgia é a melhor forma de tratamento para os casos dos terceiros molares impactados. A remoção cirúrgica dos terceiros molares inferiores é responsável por um grande volume de casos na prática cirúrgica oral contemporânea e requer muito planejamento e habilidade cirúrgica.

Referências

AU, A. H. Y. et al. The efficacy and clinical safety of various analgesic combinations for post-operative pain after third molar surgery: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, p. 1–25, 2015.

AVELLANEDA-GIMENO, V.; FIGUEIREDO, R.; VALMASEDA-CASTELLÓN, E. Quality of life after upper third molar removal: A prospective longitudinal study. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 22, n. 6, p. e759–e766, 2017.

BADENOCH-JONES, E. K.; LYNHAM, A. J.; LOESSNER, D. Consent for third molar tooth extractions in Australia and New Zealand: A review of current practice. **Australian Dental Journal**, v. 61, n. 2, p. 203–207, 2016.

CERVERA-ESPERT, J. et al. Coronectomy of impacted mandibular third molars: A meta-analysis and systematic review of the literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 21, n. 4, p. e505–e513, 2016.

CHOU, Y. H. et al. Association between the eruption of the third molar and caries and periodontitis distal to the second molars in elderly patients. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 33, n. 5, p. 246–251, 2017.

DE TOBEL, J. et al. An automated technique to stage lower third molar development on panoramic radiographs for age estimation: A pilot study. **Journal of Forensic Odontostomatology**, v. 35, n. 2, p. 42–54, 2017.

DI NARDO, D. et al. Immediate or delayed retrieval of the displaced third molar: A review. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 11, n. 1, p. e55–e61, 2019.

DODSON, T. B.; SUSARLA, S. M. Oral health Impacted wisdom teeth Oral health Impacted wisdom teeth. n. October 2013, p. 1–15, 2014.

EA, V. T.; L, K. The Remineralization of a Second Molar after Extraction of Mesioangled Third Molars: A Case Report. **International Journal of Dentistry and Oral Health**, v. 4, n. 2, p. 1–4, 2018.

FAN, L. et al. Effect of premolar extractions on third molar angulation changes: A meta-analysis. **Journal of Central South University (Medical Sciences)**, v. 40, n. 3, p. 317–325, 2015.

GLÓRIA, J. C. R. et al. Third Molar and Their Relationship with Caries on the Distal Surface of Second Molar: A Meta-analysis. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 17, n. 2, p. 129–141, 2018.

GÖÇMEN, G. et al. Impact of informed consent on patient decisions regarding third molar

removal. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 20, n. 2, p. 158–162, 2017.

HIRAKATA, C. et al. Symmetrical agenesis of the mandibular third molars and agenesis of other teeth in a Japanese orthodontic population. **Journal of Oral Science**, v. 58, n. 2, p. 171–176, 2016.

ISOLA, G. et al. Efficacy of a drug composed of herbal extracts on postoperative discomfort after surgical removal of impacted mandibular third molar: a randomized, triple-blind, controlled clinical trial. **Clinical Oral Investigations**, v. 23, n. 5, p. 2443–2453, 2019.

KARASAWA, L. H. et al. Cross-sectional study of correlation between mandibular incisor crowding and third molars in young Brazilians. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 18, n. 3, p. 0–4, 2013.

LIU, S. et al. Safety and sedative effect of intranasal dexmedetomidine in mandibular third molar surgery: A systematic review and meta-analysis. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 13, p. 1301–1310, 2019.

MCARDLE, L. W. et al. The mesially impacted mandibular third molar: The incidence and consequences of distal cervical caries in the mandibular second molar. **The Surgeon**, v. 16, n. 2, p. 67–73, abr. 2018.

NIEDZIELSKA, I. Third molar influence on dental arch crowding. **European Journal of Orthodontics**, v. 27, n. 5, p. 518–523, 2005.

SIDLAUSKAS, A.; TRAKINIENE, G. Effect of the lower third molars on the lower dental arch crowding. **Stomatologija / issued by public institution “Odontologijos studija” ... [et al.]**, v. 8, n. 3, p. 80–84, 2006.

SINGH, P. et al. Analysis of potential dynamic concealed factors in the difficulty of lower third molar extraction. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 21, n. 6, p. e713–e723, 2016.

STADERINI, E. et al. How to manage impacted third molars: Germectomy or delayed removal? A systematic literature review. **Medicina (Lithuania)**, v. 55, n. 3, p. 1–14, 2019.

SUKEGAWA, S. et al. What are the risk factors for postoperative infections of third molar extraction surgery: A retrospective clinical study? **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 24, n. 1, p. e123–e129, 2019.

TARAZONA, B. et al. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 20, n. 2, p. e246–e250, 2015.

TESHOME, A. The efficacy of chlorhexidine gel in the prevention of alveolar osteitis after mandibular third molar extraction: A systematic review and meta-analysis. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, 2017.

WU, Y. et al. Comprehensive analysis of ectopic mandibular third molar: A rare clinical entity revisited. **Head and Face Medicine**, v. 13, n. 1, p. 1–9, 2017.

YILMAZ, S. et al. Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. **Medical Principles and Practice**, v. 25, n. 2, p. 169–175, 2016.

YOSHINO, K. et al. Risk Factors Affecting Third Molar Autotransplantation during 5 and 10 Years: A Retrospective Clinical Survey. v. 55, p. 111–122, 2014.

YU, F. et al. Evaluation of Three Block Anesthesia Methods for Pain Management during Mandibular Third Molar Extraction: A Meta-Analysis. **Scientific Reports**, v. 7, n. January, p. 1–9, 2017.

Z.Z., Y.; O., O.; F.N., P. Evaluation of the maxillary third molars and maxillary sinus using cone-beam computed tomography. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 21, n. 8, p. 1050–1058, 2018.

ZAWAWI, K. H.; MELIS, M. The role of mandibular third molars on lower anterior teeth crowding and relapse after orthodontic treatment: A systematic review. **Scientific World Journal**, v. 2014, 2014.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

RIBEIRO JÚNIOR, Cleber Oliveira; ROCHA, Bruno Bomfim; DO CARMO, Fernando Clécio Santos; LADEIA JÚNIOR, Luciano Ferreira. Anatomia e considerações clínicas dos Terceiros Molares Inclusos: Uma Revisão de Literatura. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Outubro/2019, vol.13, n.47, p. 823-835. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 14/10/2019

Aceito: 16/10/2019.