Curso de Odontologia Relato de caso

CIRURGIA DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO E O RISCO DE PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO

UNERUPTED THIRD MOLAR SURGERY AND THE RISK OF PARESTHESIA OF THE INFERIOR ALVEOLAR NERVE: CASE REPORT

Stéphanie Monteiro Foggiatto Silveira[1], Letícia de Santa Clara[2], Chigueyuki Jitumori[3]

[1] Acadêmica do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais - CESCAGE
[2] Acadêmica do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais - CESCAGE
[3] Professor Doutor do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais - CESCAGE

Resumo

Os terceiros molares, são os últimos a irromper na arcada dentária, ocorrendo muitas vezes a falta de espaço, a qual é um dos principais motivos da impactação. Outros motivos podem ser, recobrimento por ossos densos ou tecido mole em excesso, mau posicionamento dos dentes, genética, entre outros. A impactação de terceiros molares pode causar inflamações e alterações infecciosas ao longo do processo, tais como: pericoronarite que é um processo infeccioso da mucosa oral em torno de um dente parcialmente irrompido. Sendo assim, um meio propício para proliferação de bactérias provocando inflamação e infecção no local, acarretando em sangramento, dor, trismo (dificuldade para abrir a boca), halitose (mau hálito), e também pela impactação de alimentos e dificuldade de fazer a higiene correta, é comum a doença cárie acometer esses dentes. Dos processos patológicos envolvendo dentes inclusos extraídos, a maior porcentagem observada em estudos foi de cistos dentígenos, seguido de ceratoscistos, odontomas, ameloblastos, carcinomas, tumores odontogênicos epiteliais calcificantes e mixoma odontogênico, sendo essas alterações ocasionadas pelos dentes impactados. A solução e indicação para a maioria desses casos é a exodontia dos elementos. É uma cirurgia que vem sendo uma prática mais rotineira nos consultórios odontológicos, e por isso é necessário estar cientes das possíveis complicações cirúrgicas, dentre estas está a parestesia do nervo alveolar inferior, devido à proximidade anatômica do nervo com as raízes dos terceiros molares.

Palavras-Chave: terceiros molares; parestesia; nervo alveolar inferior; impactação.

Abstract

Third molars are the last to erupt into the dental arch, often resulting in a lack of space, which is one of the main reasons for impaction. Other reasons may be coverage by dense bones or excess soft tissue, poor tooth positioning, genetics, among others. Impaction of third molars can cause inflammation and infectious changes throughout the process, such as: pericoronitis, which is an infectious process of the oral mucosa around a partially erupted tooth. Therefore, it is a favorable environment for the proliferation of bacteria, causing inflammation and infection in the area, resulting in bleeding, pain, trismus (difficulty opening the mouth), halitosis (bad breath), and also due to food impaction and difficulty in making food. correct hygiene, it is common for caries disease to affect these teeth (CORRADI, 2018). Of the pathological processes involving extracted impacted teeth, the highest percentage was dentigenous cysts, followed by keratocysts, odontomas, ameloblasts, carcinomas, calcifying epithelial odontogenic tumors and odontogenic myxoma, these changes being caused by impacted teeth. Ribeiro, Alane, third molars clinical indications for extracting them, (Moura, R. M., Martins, E. A. de A. Musa, M. M. Camilotto, L. S. 2021). The solution and indication for most of these cases is tooth extraction. It is a surgery that has become a more routine practice in dental offices, and therefore we need to be aware of possible surgical complications. Among these is paresthesia of the inferior alveolar nerve, due to the anatomical proximity of the nerve to the roots of the third molars.

Keywords: third molars; paresthesia; inferior alveolar nerve; impaction.

Contato: steh_silveira@hotmail.com, leticiasclara@outlook.com, cjitumori@gmail.com

Introdução

Este trabalho de relato de caso clínico pretende informar sobre as causas e indicações para extração de terceiros molares, assim como, a importância de um bom planejamento cirúrgico, com exames complementares que possibilitam ao cirurgião dentista identificar possíveis complicações e planejar como evitá-las.

Com auxílio de exames de imagem, entre eles, tomografia, radiografia panorâmica, pode-se identificar as estruturas anatômicas nobres, as quais a cirurgia de extração de terceiros molares possui uma íntima relação, apesar de ser uma cirurgia comum em consultórios odontológicos. Etapas cirúrgicas como a osteotomia, odontosecção, remoção do elemento dentário apresentam um certo risco.

Lesões em nervos, como o nervo alveolar inferior, hemorragias e danos aos dentes vizinhos, são complicações que podem vir a ocorrer. (Chiapasco *et al.*, 1993; Graziani, 1995; Moreira, 1991).

A parestesia do nervo alveolar inferior é uma complicação que pode ocorrer quando a extração dos terceiros molares inferiores é realizada. A parestesia que acontece em determinada região fica insensível pelos danos causados aos nervos com possível dormência e formigamento na região, é um distúrbio neurossensorial gerado por

uma lesão do tecido neural.

É muito importante o conhecimento das angulações e posições do dente e a sua distância do nervo, para que haja um cuidado específico para cada caso, evitando assim, complicações (Xavier et al, 2009).

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento da anatomia macroscópica e também radiográfica do canal mandibular com suas variações para que consiga planejar da maneira correta a cirurgia de seus pacientes e com isso, evitar resultados maléficos e solucionar o problema, caso venha ocorrer (Xavier et al, 2009).

Infecções como pericoronarite podem evoluir para casos mais graves, entre eles, problemas tumorais, cárie no dente adjacente, e possíveis complicações neurológicas. Com base nisso, a periocoronarite deve ser previamente avaliada e tratada com antibioterapia adequada, como o uso de analgésicos, antibióticos e antiinflamatórios (Xavier et al, 2009).

Os terceiros molares inclusos estão relacionados ao apinhamento dentário, cárie, reabsorção radicular e também periodontites. (Singh *et al*., 2016).

No presente, encontram-se duas maneiras diferentes para classificar os terceiros molares inclusos, uma associada à profundidade de inclusão desse dente, e a outra refere-se à inclusão dentro do ramo mandibular (Chou *et al*., 2017; Yilmaz *et al*., 2016).

Classificação referente ao Ramo Ascendente da Mandíbula

Pell e Gregory classificaram a mandíbula em 3 classes distintas. São elas:

Classe I: a coroa, em seu diâmetro mesiodistal, está totalmente à frente da borda anterior do ramo ascendente. Isto é, inteiro fora do ramo mandibular.

Classe II: quando uma parte do dente estiver dentro do ramo.

Classe III: quando o dente se encontra inteiramente dentro do ramo ascendente da mandíbula. (Xavier et al, 2009).

Classificação em Relação ao Plano Oclusal:

Pell e Gregory classificaram ainda em relação ao plano oclusal:

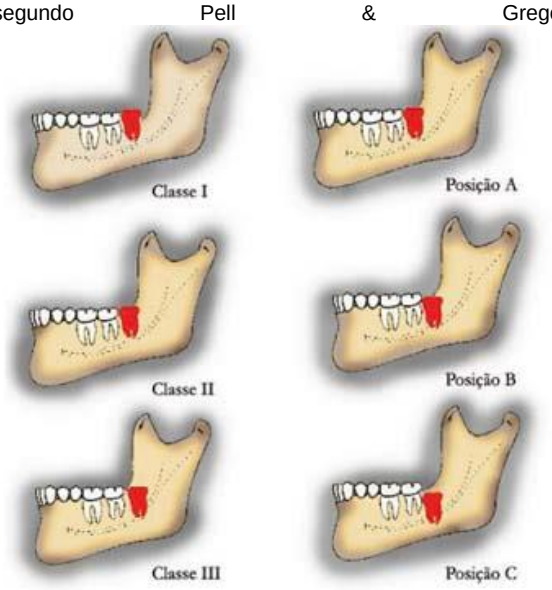
A: Acontece quando a face oclusal do terceiro molar, se encontra no mesmo plano oclusal do segundo molar.

B: É a qual a face oclusal do dente não irrompido se localiza entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar

C: A face oclusal do dente não irrompido se encontra abaixo da linha cervical do segundo molar. (Peterson *et al*, 1998; Oliveira *et al.,* 1985; Howe *et al*, 1995;).

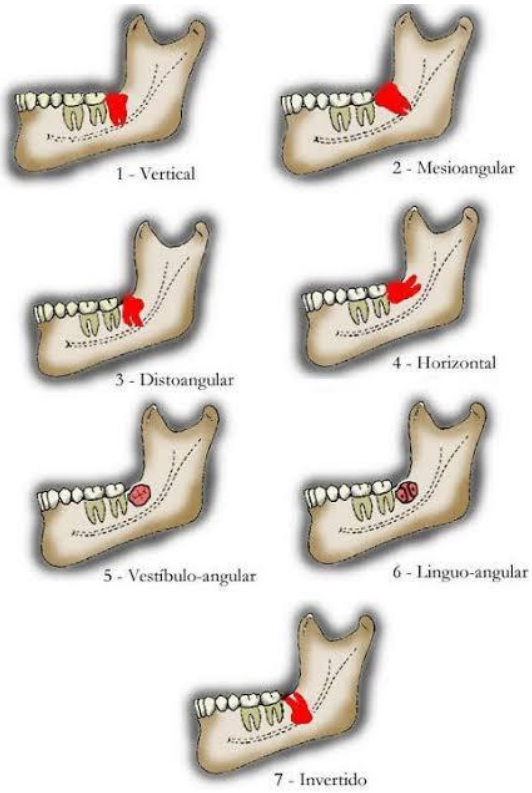
As Figuras 1 e 2 mostram estas classificações.

Figura 1 - Classificação da posição dos terceiros molares, segundo Pell & Gregory.



Fonte: (Goldberg; Newmarich e Marco, 1985)

Figura 2 - Classificação da posição dos terceiros molares segundo Winter.



Fonte: (Goldberg; Newmarich e Marco, 1985)

Para facilitar a observação da inclinação dos terceiros molares inferiores e obter uma técnica operatória melhor, pode ser utilizada a classificação de Winter (Pereira; Ferreira, 2008). Essa classificação baseia-se na posição do longo

eixo do terceiro molar inferior incluso em relação ao longo eixo do segundo molar inferior irrompido, dessa maneira, é encontrado estas posições para o terceiro molar:

Vertical - o molar incluso se encontra localizado no paralelo ao longo eixo do segundo molar

Horizontal - o dente que se encontra totalmente inclinado, com a face oclusal voltada para o segundo molar

Mesioangular - terceiro molar se encontra inclinado para a mesial.

Distoangular - o dente se encontra inclinado para a distal quanto ao segundo molar.

Invertida - o dente incluso se encontra com a coroa direcionada para a posição antagônica ao plano de oclusão.

Bucoangular - o dente se localiza inclinado, com a face oclusal direcionada para vestibular.

Linguoangular - o dente se encontra inclinado, com sua face oclusal para lingual.

É necessário sempre seguir uma sequência avaliativa, desde a consulta que antecede a cirurgia de extração do terceiro molar incluso, observando os exames de imagem, e as classificações, para o sucesso da exodontia (Moro; Gayotto; Camargo filho, 2001).

Tendo como base essas considerações, este trabalho tem como objetivo analisar um caso clínico, e abordar questões relacionadas a algumas complicações cirúrgicas que possam vir a ocorrer. E quais condutas, planejamento e modalidades terapêuticas o profissional deverá tomar diante dessas ocorrências e referencial teórico.

O planejamento cirúrgico é de extrema importância para o sucesso de uma cirurgia de extração de terceiros molares inclusos, para evitar as já citadas e exemplificadas diferentes complicações cirúrgicas.

Os passos cirúrgicos na odontologia seguem uma ordem, as quais são: Incisão, Divulsão, Diérese, Hemostasia, Exérese e Síntese.

INCISÃO: É a manobra que secciona ou incisa os tecidos, comunicação meio externo com meio interno.

DIVULSÃO: É a separação dos tecidos.

DIÉRESE: É o conjunto de técnicas realizadas para a abordagem do objetivo cirúrgico. Consiste em Incisão e Divulsão.

HEMOSTASIA: São as manobras para interrupção do sangramento, assim como compressão com gaze, pinçamento.

EXÉRESE: É a extração do objetivo cirúrgico.

SÍNTESE: Consiste em tentar devolver a morfologia e a funcionalidade da área operada. É a sutura em si (Medeiros; Filho, 2018).

Deste modo, sendo um trabalho em forma de relato de caso clínico, o qual tem como objetivo informar sobre as causas e indicações para extração de terceiros molares, assim como, a importância de um bom planejamento cirúrgico, com o auxílio de exames complementares que possibilitam ao cirurgião dentista identificar possíveis complicações e planejar como evitá-las, diminuindo o risco de haver parestesia do nervo alveolar inferior.

Materiais e Métodos

Este artigo trata de um relato de caso clínico sobre a impactação do terceiro molar inferior direito incluso, no qual foi necessária a intervenção cirúrgica, realizando a exodontia do elemento.

Este estudo foi executado de acordo com as Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, após a sua aprovação pelo Comitê em Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE. N° do parecer 6.482.206.

A paciente foi selecionada a partir da análise feita de sua radiografia panorâmica, a qual constava a proximidade do dente 48 com o nervo alveolar inferior, apresentando então risco de parestesia do nervo alveolar inferior. O nome da paciente será mantido em sigilo, sendo identificada como Paciente TMP.

Inicialmente foi feita a anamnese da paciente, seguida de exame clínico, radiografia panorâmica, tomografia, exodontia do dente 48 e acompanhamento da paciente.

Os instrumentos utilizados na exodontia foram:

- Carpule, anestésico (mepivacaina 2% com epinefrina): foram feitas anestesias de bloqueio e infiltrativa, utilizados 2 tubetes e meio no total durante a cirurgia.

- Lâmina de bisturi nº 15: para realizar o retalho;

- Descolador de Molt: para deslocar o tecido,

- Caneta de alta rotação com fresa 702 de haste longa: usada na osteotomia e odontosecção.

- Alavanca reta e bandeirinha usadas para a

retirada do dente.

- Lima de osso: para não deixar espiculas ósseas.

- Cureta alveolar na curetagem da distal do segundo molar.

- Fio de sutura e porta agulha para realizar as suturas.

Resultados

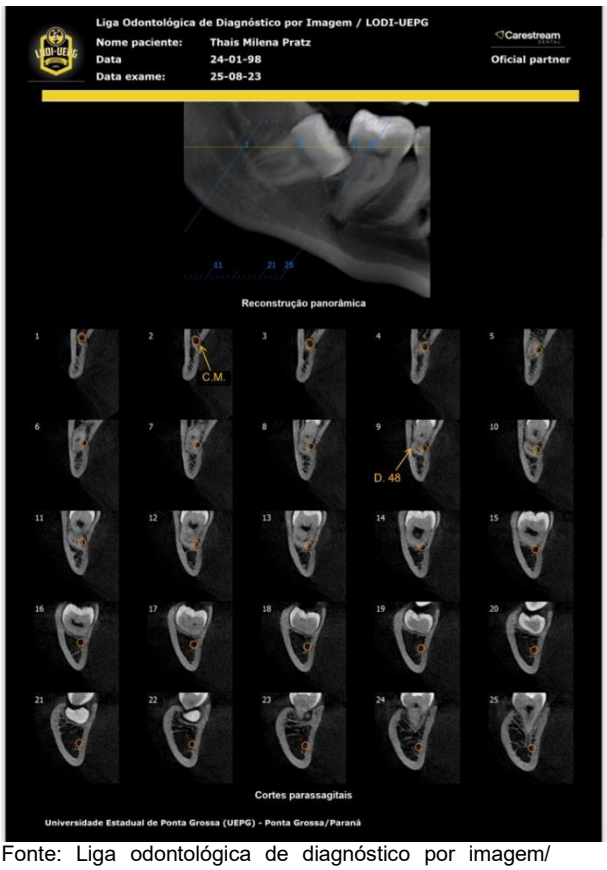
Paciente TMP, sexo feminino, 25 anos, buscou a Clínica de Odontologia das Faculdade Integradas dos Campos Gerais - CESCAGE para extração dos sisos.

A cirurgia de extração do terceiro molar inferior incluso, dente 48, seguiu um planejamento cirúrgico, levando em consideração a posição do dente no alvéolo, sabíamos que iria ser uma cirurgia mais complexa, necessitando de abertura de retalho, osteotomia, odontosecção, e extremo cuidado para não lesionar o nervo alveolar inferior por conta de o canal mandibular estar em contato com as raízes no terço médio/apical do dente. Planejamento foi auxiliado com os exames de imagens de radiografia panorâmica e tomografia.
Nas figuras 3, 4, 5 e 6 é possível verificar as imagens da tomografia do elemento 48, o qual apresenta-se formado, parcialmente intraósseo, impactado na posição mésioangular. Possui 2 raízes (M e D), unidas/fusionadas, retilíneas. As raízes mesial e vestibular apresentam contato com a cortical vestibular, promovendo adelgaçamento. Dente encontra-se em contato com a porção radicular do dente adjacente (terço: cervical).

Em relação com as estruturas nobres, o canal mandibular possui trajetória por lingual em relação ao dente avaliado, estando em contato com as raízes (terço: médio/apical). Nota-se estreitamento do canal mandibular nessa área de contato.

A partir das imagens foi possível identificar a proximidade das raízes com o nervo aleolar inferior, e planejar a cirurgia minimizando as chances de haver uma parestesia do nervo alveolar inferior.

Figura 3 – Dente 48 parcialmente intraósseo impactado na porção mésioangular.

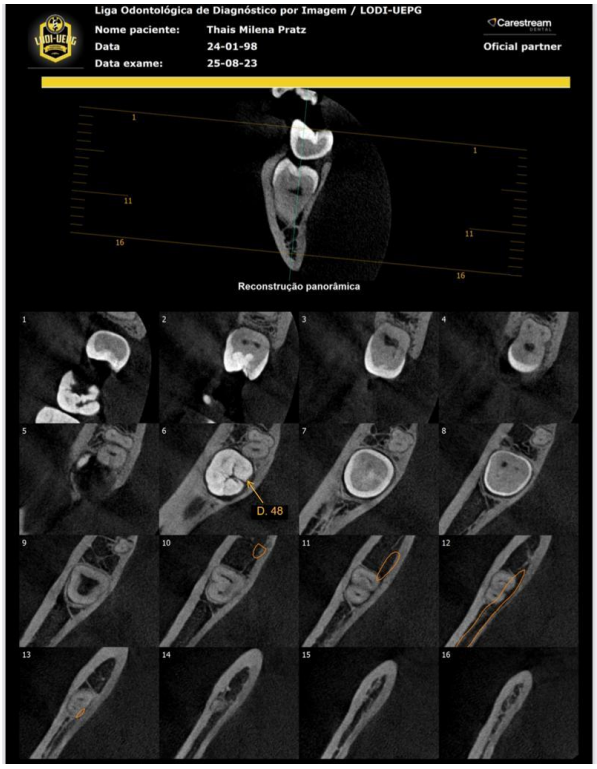


Fonte: Liga odontológica de diagnóstico por imagem/ UEPG.

Figura 4 – Identificação do canal mandibular.

Fonte: Liga odontológica de diagnóstico por imagem/ UEPG.

Figura 5: Cortes parassagitais.



Fonte: Liga odontológica de diagnóstico por imagem/ UEPG.

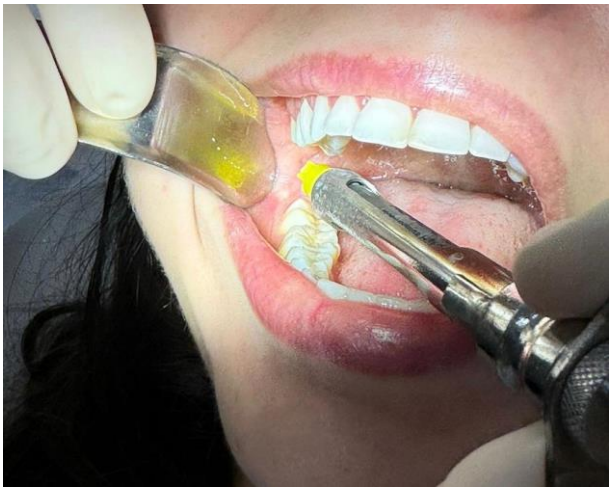
Figura 6: Dente 48 parcialmente intraósseo, canal mandibular em contato com as raízes (terço: médio/apical), possui trajetória por lingual.

Fonte: Liga odontológica de diagnóstico por imagem/ UEPG.

Começando pelas tecnicas anestésicas. Com a anestesia de bloqueio, a qual atinge os nevos: lingual, bucal e alveolar inferior, associada com anestesia ifiltrativa e anestesia local na gengiva.

Etapa 1: Anestesia.

Figura 7: Técnica anestésica de bloqueio.



Fonte: Autores, 2023.

Figura 8: Anestesia infiltrativa.

Fonte: Autores, 2023.

Figura 9: Anestesia local na gengiva.

Fonte: Autores, 2023.

Esta incisão é usada nos casos onde a

odontosecção é necessária, osteotomia em inclusões profundas e casos de difícil acesso (Howe, 1995; Magalhães, 1987).

Etapa 2: Abertura do retalho.

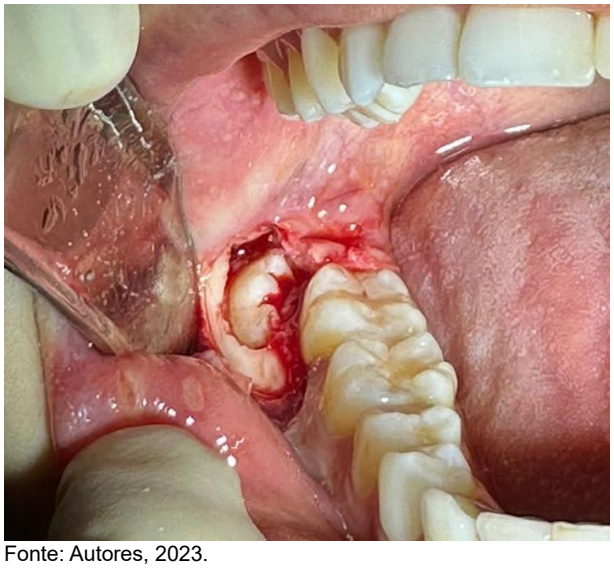
Figura 10: técnica de incisão tipo Avellanal.

Fonte: Autores, 2023.

Etapa 3: realização do desgaste ósseo, osteotomia.

Foi necessário realizar uma osteotomia, a qual pode diminuir a resistência óssea, facilitar a luxação, melhorar a visibilidade e acesso, permitindo o deslocamento do dente. Como pode-se observar na figura 11.

Figura 11: Osteotomia.



Fonte: Autores, 2023.

Com a Osteotomia feita, é tentado alavancar o elemento dentário mais uma vez, sempre em direção a distal do dente e pela face vestibular, para não correr o risco de causar danos ao nervo alveolar inferior.

Novamente não houve espaço para a retirada do elemento retido, por tamanho da coroa ou raiz retentiva, então sendo necessário realizar a Odontosecção, como demonstrado na figura 12.

Etapa 4: Odontosecção.

Figura 12: Realização da odontosecção.

Fonte: Autores, 2023.

Com uma caneta de alta rotação e uma fresa da série 700 de haste longa, fazendo um corte único e preciso até o final da fresa, separando o dente e raízes no sentido mésio-distal. A broca número 702 é a mais comumente utilizada por produzir uma linha de corte mais espessa (Medeiros *et al.,* 2003).

Figura 13: Término da odonosecção com ajuda da alavanca reta.

Fonte: Autores, 2023.

Etapa 5: Alavancagem dos fragmentos dentários.

Assim pode-se observar uma odontosecção pronta para a alavancagem do dente, como na figura 14.

Figura 14: Odontosecção realizada.

Fonte: Autores, 2023.

Dessa forma, é facilitada a remoção dos fragmentos cortados do terceiro molar incluso, com ajuda da alavanca, com o movimento de alavancagem conseguimos atingir o objetivo de exérese.

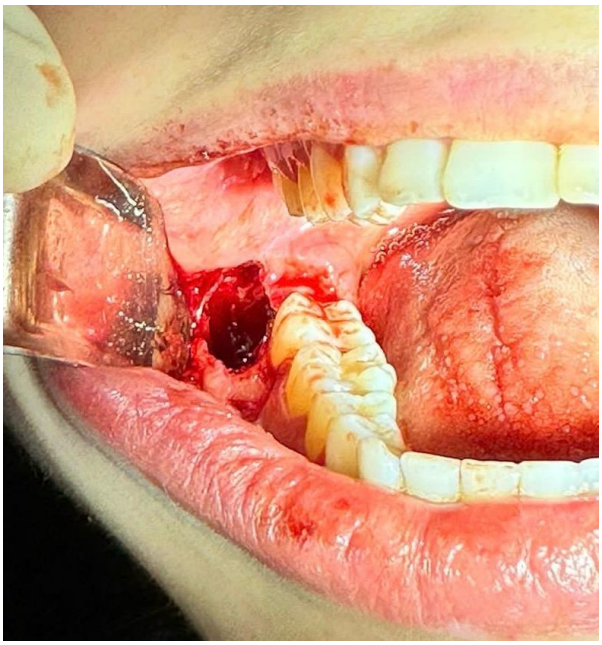
Etapa 6: Extração do dente 48 seccionado.

Neste caso foi necessário retirar a porção mesial da coroa antes da porção distal. Como pode-se observar na figura 15.

Figura 15: Porção mesial do elemento 48 extraída.

Fonte: Autores, 2023.

Figura 16: fragmentos dentários já retirados, alvéolo sem a presença do elemento 48.



Fonte: dos autores, 2023.

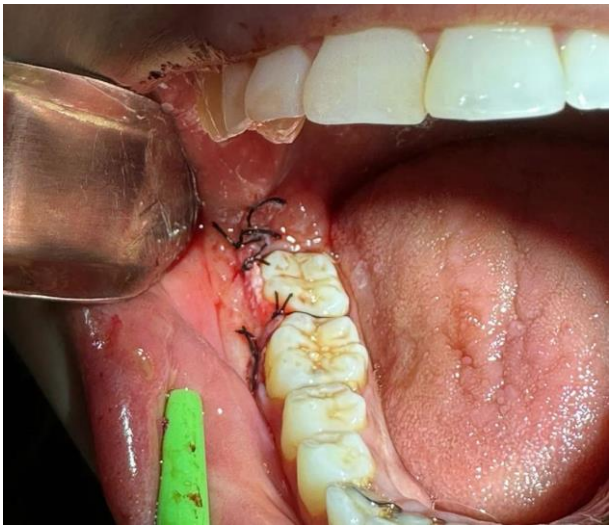
Etapa 7: Limagem do osso e curetagem do alvéolo.

Seguindo os próximos passos cirúrgicos, limagem de osso para retirada de espículas ósseas, curetagem do alvéolo, e hemostasia alcançada, podemos ir ao último passo da cirurgia, a síntese, que constitui em fazer a sutura do retalho, devolvendo a morfologia e a função da área operada (Medeiros *et al.,* 2003).

Etapa 8: Realização das suturas.

Foi realizada a sutura utilizando pontos simples, Como demonstrado na figura 17.

Figura 17: Suturas.



Fonte: Autores, 2023.

Suturas concluídas, foram receitados medicamentos necessários para a recuperação adequada da paciente, antibiótico (Amoxicilina 500mg) para tomar de 8 em 8 horas por 7 dias, e

anti inflamtório (cetoprofeno 50mg) de 8 em 8 horas por 5 dias. Assim como orientações para fazer gelo nas primeiras horas, preparar uma alimentação mais fria e pastosa, repouso, e instruções de higiene.

Figura 18: elemento 48 extraído.

Fonte: Autores, 2023.

Discussão

Durante o acompanhamento da paciente, após uma semana da cirurgia, na consulta para retirada dos pontos, foi identificada uma leve parestesia do nervo alveolar inferior, confirmando o que os autores Chiapasco *et al.*, (1993), Graziani (1995) e Moreira (1991) relatam como uma das possíveis complicações que podem vir a ocorrer. Isto foi identificado por meio do relato da paciente que mencionou estar com uma pequena dormência no lábio inferior do lado direito.

Dando continuidade ao acompanhamento da paciente durante a semana, a mesma relatou que a dormência estava diminuindo, não foi necessário receitar medicação para esta finalidade, pois houve uma resposta rápida, onde a sensibilidade voltou naturalmente em um curto período de tempo.

A paciente apresentou boa cicatrização, uma resposta positiva aos medicamentos receitados, e uma higiene adequada, sem mais complicações.

Em casos mais graves, onde a parestesia é mais forte e necessita de recursos medicamentosos, pode-se receitar medicamentos à base de vitaminas do complexo B, para uma medida não invasiva e eficaz. Existem estudos relatando o sucesso no uso de complexos vitamínicos tipo B no caso de parestesia, como a vitamina B1, trazendo resultados favoráveis para o retorno da sensibilidade (Castro *et al*., 2015).

A vitamina B1, constatada como essencial para o metabolismo dos carboidratos e desempenhando um importante papel na descarboxilação de alfa-cetoácidos, do mesmo modo que tem um papel metabólico como coenzima. Age na função neurotransmissora e na condução nervosa (Florian *et al*., 2012).

A Vitamina B12 é necessária para o metabolismo do nervo, por meio da remetilação da homocisteína em metionina para a síntese de novo da s-adenosil metionina (Castro *et al*., 2015).

Esse estudo de caso serviu para evidenciar a aplicabilidade desse tratamento cirúrgico, seus benefícios e informar a importância de um planejamento apropriado, conhecimento das estruturas orofaciais, na busca de sempre diminuir os riscos, e melhorar a saúde bucal do paciente e, consequentemente, melhorar qualidade de vida.

A abordagem metodológica de relato de caso correspondeu às expectativas, mostrou-se muito oportuna, todavia foi necessário que os exames fossem terceirizados para outra instituição, pois não havia os recursos necessários para a sua realização, o que demandou tempo já que havia necessidade de aguardar a abertura de vaga para execução dos exames. Entende-se que dependendo da demora para se obter os resultados dos exames complementares pode inviabilizar casos de estudos, ou mesmo atrasar os procedimentos odontológicos planejados para serem desenvolvidos no decorrer do período letivo.

Conclusão:

Trata-se de um relato de caso, limitado a um paciente. Sugere-se novos estudos com uma amostra maior, para uma análise mais abrangente.

Este trabalho e relato de caso clínico pretendeu informar sobre as causas e indicações para extração de terceiros molares inclusos, assim como, a importância de um bom planejamento cirúrgico, com exames complementares que possibilitam ao cirurgião dentista identificar possíveis complicações e planejar como evitá-las. Conclui-se sendo a solução e indicação para a maioria dos casos de terceiros molares inclusos e impactados a exodontia dos elementos. Constata-se ser uma cirurgia que está cada vez mais presente nos consultórios odontológicos, demandando de profissionais capacitados com conhecimento das técnicas cirúrgicas para um bom planejamento cirúrgico, o que é essencial para conquistar um bom resultado.

Entende-se que toda cirurgia tem seus riscos, mas com um bom planejamento do profissional e conhecimento anatômico se diminui consideravelmente a gravidade das consequências.

Por essa razão há grande relevância em pedir os exames complementares, pois através da tomografia, foi possível identificar a localização do nervo alveolar inferior em relação as raízes do dente a ser extraído.

Agradecimentos:

Agradecemos a todos que de alguma forma contribuíram com esse trabalho.

Primeiramente agradecemos a Deus, por estar sempre conosco, nos dando força e sabedoria em todas as noites e dias de dedicação.

Aos nossos pais, que em todos os momentos nos incentivaram e nos deram total apoio, facilitando o que estava ao alcance deles para que pudéssemos nos dedicar a este trabalho.

Aos nossos professores, por todas as correções feitas e sabedoria compartilhada.

Ao nosso orientador Chigueyuki Jitumori, que guiou o trabalho com paciência e dedicação, se disponibilizando a compartilhar todo o seu imenso conhecimento.

Aos nossos amigos de turma que estiveram sempre nos ajudando e acolhendo nesse período desafiador.

Agradecemos também a faculdade por ceder os espaços de estudos, a estrutura que nos permitiu buscar ao máximo tudo o que foi preciso para a conclusão e o sucesso deste trabalho.

Referências:

BRITO, Vivian Rocha de. *et al.* Etiologia, tratamento e prevenção da pericoronarite: revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano. 08, Ed. 06, Vol. 03, pp. 66-81. Junho de 2023. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/pericoronarite. Acesso em: 9.nov 2023.

BRITO, Alane Ribeiro. Terceiros molares: indicações clínicas para extraí-los. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 06, Ed. 05, Vol. 12. Maio de 2021. Link de acesso: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/terceiros-molares. Acesso em 9. nov 2023.

CASTRO, A.L.F; MIRANDA F. P; PEDRAS R. N; NORONHA V. A. Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior e lingual no pós operatório de 3º molar: revisão de literatura. Revista do Conselho Regional deOdontologia de Minas Gerais, v.16, n.2, p.34-42, 2015. Disponível em: https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/35 . Acesso em: 27 nov 2023.

CHIAPASCO et al., 1993; GRAZIANI, 1995; MOREIRA, 1991. Complicações Pós-Operatórias de Cirurgia de Terceiros Molares, 2022. **Cadernos de Odontologia do Unifeso**, v. 4, n.1, (2022). Disponível em: https://revista.unifeso.edu.br . Acesso em: 9 Jun 2023.

FABRIS, VINÍCIUS. SILVEIRA, ALANA. OLIVEIRA, GABRIEL. MANFRO, RAFAEL. MALMANN, FERNANDO. 2017, Fibrina rica em plaquetas e piezo cirúrgico em comparação com instrumento rotatório convencional e coágulo em cirurgia de terceiros molares inferiores impactados: relato de caso). Passo Fundo, maio/ago 2017. **Revista: RFO UPF**. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ffi-admin.bvsalud.org%2Fdocument%2Fview%2Fvhuky&psig=AOvVaw1B4Pn6df5NPyyM2ALLNrdk&ust=1683947201964000&source=images&cd=vfe&ved=0CBMQ3YkBahcKEwjQ74365-7-AhUAAAAAHQAAAAAQAw . Acesso em: 10 jun 2023.

LIMA. G. P. B.; NASCIMENTO V. P.; NETO W. M. P. 2023. **Principais tratamentos da parestesia do nervo alveolar inferior após extração de terceiros molares**. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Odontologia, Centro universitário ICESP, Brasília. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/4635/2446. Acesso em: 30 out 2023.

MORO, L.M.; GAYOTTO, M.V.; CAMARGO FILHO, G.P. Indicações para cirurgia de terceiros molares inferiores. **Revista Instituto Ciências Saúde**. v.19, no, p.121-125. Jul./Dez 2001). Disponível em: https://pt.scribd.com › doc › Tipos-de-Incisao. Acesso em: 9 Jun 2023.

MEDEIROS, A. C.; DANTAS-FILHO, A. M. Intervenções fundamentais em cirurgia: diérese, hemostasia e síntese. **Journal of Surgical and Clinical Research**, *[S. l.]*, v. 9, n. 2, p. 54–74, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/jscr/article/view/15917. Acesso em: 9 nov. 2023.

MEDEIROS P. J; Cirurgia dos dentes inclusos- Extração e aproveitamento. 2003. Livraria Santos Editora LTDA.

MOURA, R. M., MARTINS, E. A. DE A., MUSA, M. M., & CAMILOTTO, L. S. (2021). Indicação de extração de terceiros molares inclusos e impactados: Revisão de literatura / **Brazilian Journal of Development**, Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-058. Acesso em: 10 jun 2023.

PETERSON *et al.*, 1998; HOWE *et al*., 1995; OLIVEIRA *et al*., 1985). Disponível em: https://diagnosticobucal.com.br/principios-de-cirurgia/. Acesso em: 9 jun 2023.

SOUZA, M. E; SANTOS, M; ANNA SILVA A. R. B. L; FLORÊNCIO A. G; SILVA U. H. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.10 no.2 Camaragibe Abr./Jun 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/. Acesso em: 9 jun 2023.

XAVIER.C.R. G; RIBEIRO. E. D; ROCHA. J. F; DUARTE. B. G; JÚNIOR. O. F; SANTANA.E; GONÇALVES.E.S.
2009. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe

v.10, n.2, p. 83-90, abr./jun. 2010.
Disponível em: https://www.revistacirurgiabmf.com/2010/v10n2/13.pdf . Acesso em: 27 nov 2023.

WINTER, L. Classificação de Winter. In: Operative oral surgery. Sant Louis: Mosby; 1941.)