



<sup>1</sup>Eduardo M. Rodrigues Portela  
<sup>2</sup>Prof. Dr. Fernando Almeida

# RELAÇÃO ENTRE O APINHAMENTO TARDIO DOS INCISIVOS INFERIORES E OS TERCEIROS MOLARES

## ESTADO DE ARTE



Fig. 1. Agenesia do terceiro molar.

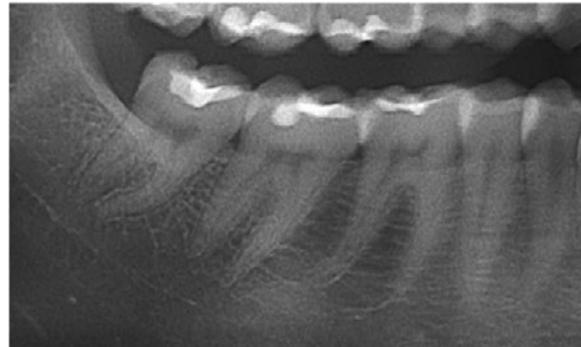


Fig. 2. Terceiro molar erupcionado.



Fig. 3. Terceiro molar impactado.

### Introdução

O apinhamento dentário é uma das maloclusões mais frequentes na população e um dos principais motivos da consulta de ortodontia e não discrimina gênero, etnia, estrato sócio-económico ou idade, originando repercussões nos pacientes. Esta maloclusão dentária classifica-se como apinhamento primário, secundário e tardio, sendo este último aquele que se manifesta ou agrava na fase adulta<sup>1-5</sup>.

Este fenómeno é cada vez mais frequente e previsível, uma vez que atualmente os adultos mantêm os seus dentes durante mais tempo devido à evolução dos tratamentos ao nível da medicina dentária e da consciencialização da população para os cuidados de saúde oral<sup>6-8</sup>.

A etiologia do apinhamento tardio é um tema controverso e que vem sendo discutido ao longo do tempo. Durante mais de um século, acreditou-se que a força de erupção dos terceiros molares inferiores pressionava os dentes anteriores, resultando em apinhamento.

Atualmente, essa crença tem sido questionada por alguns autores que não encontram diferenças significativas entre o grau de apinhamento dos incisivos, comparados em pacientes com terceiros molares impactados, erupcionados e com agenesia dos mesmos<sup>9</sup>.

O objetivo deste artigo é verificar o estado de arte sobre a relação entre o apinhamento tardio dos incisivos inferiores e os terceiros molares para que o profissional possa estar devidamente preparado para orientar o paciente da melhor forma. Além disso, esta maloclusão é uma das mais prevalentes na população, pelo que o profissional deve ter total conhecimento sobre o fenómeno e saber orientar apropriadamente o paciente, desde o diagnóstico ao plano de tratamento.

### Revisão da literatura

#### Terceiros Molares

De uma forma geral, os terceiros molares formam-se na zona distal dos segundos molares e a sua erupção ocorre

principalmente entre os 18 e os 24 anos, além de apresentar uma grande variabilidade cronológica este é o dente com a maior prevalência de agenesia (Figura 1)<sup>10-13</sup>.

Decidir o que fazer e como interagir com estes dentes, sabendo que podem ser um “foco” de problemas como infeções, anomalias periodontais, quistos e odontomas, o que não acontecia com o Homem Primitivo<sup>14</sup>, tem sido um assunto alvo de constantes controvérsias entre os médicos dentistas.

Segundo o sentido evolutivo da espécie humana, a mudança nos hábitos alimentares e a pouca atividade mastigatória destes dentes contribuiu para uma diminuição do tamanho dos maxilares e para a dificuldade de erupção do terceiro molar (Figura 2), uma vez que, apesar da alteração do tamanho dos maxilares, não ocorre diminuição dos tamanhos dentários. Isto confirma a diminuição progressiva do espaço retromolar, que está situado entre o bordo anterior do ramo mandibular e a parte distal do terceiro molar<sup>15</sup>.

Assim, não é de estranhar o facto dos terceiros molares, pela sua cronologia eruptiva, serem obrigados a erupcionar num espaço bastante limitado e apresentarem, portanto, uma elevada taxa de impactação que varia aproximadamente entre 9,5% e 39% (Figura 3)<sup>12-15</sup>.

#### Apinhamento dentário tardio

O apinhamento dentário (Figura 4), caracterizado pela sobreposição e rotação dentária, é uma das maloclusões mais frequentes na população e pode ser classificado como primário, secundário ou tardio.

O apinhamento primário ocorre no início da dentição mista, o secundário durante o final da dentição mista, com a erupção dos pré-molares e caninos e o apinhamento tardio manifesta-se na idade adulta (Figuras 5,6 e 7)<sup>1</sup>.

Esta maloclusão origina repercussões nos pacientes a nível da estética, bem-estar psicossocial e emocional, assim como a predisposição à cárie e a problemas periodontais (Figuras 8 e 9)<sup>1-5</sup>.

O apinhamento dentário tardio caracteriza-se pela sobreposição e rotação dos dentes anteriores inferiores, durante o período final da adolescência, coincidindo com o período de erupção do terceiro molar, o que levou a que estes dois fenómenos tenham sido associados durante muito tempo.

No entanto, esta ideia tem vindo a ser desacreditada, uma vez que existem estudos onde não são encontradas diferenças significativas entre o grau de apinhamento dos incisivos, quando comparado com pacientes com terceiros molares impactados, erupcionados e com agenesia bilateral<sup>9</sup>.

Existem vários artigos na literatura científica sobre este tópico e em artigos mais antigos existem autores que afirmam existir uma relação entre a erupção dos terceiros molares e o desenvolvimento de apinhamento dentário anterior<sup>4,16,17</sup>.

Por outro lado, na literatura científica mais recente, a maioria dos autores rejeita a hipótese de existir uma correlação entre estes dois.

Após várias revisões sistemáticas, não foi encontrada uma influência entre a força de erupção dos terceiros molares e a movimentação do setor dentário anterior. Tendo sido descrito que o apinhamento dentário tardio surge tanto em pacientes com presença de terceiros molares, como na ausência dos mesmos. Atualmente não existe evidência científica que justifique a extração profilática dos terceiros molares por prevenção do apinhamento anterior<sup>7, 9, 10, 18-21</sup>.

Ao descartar a hipótese de que o apinhamento dentário tardio seria causado principalmente pela força de erupção dos terceiros molares inferiores, tornou-se necessário estudar a sua etiologia.

Alguns autores, explicam que o apinhamento tardio ocorre em associação com o crescimento residual mandibular.

Durante o crescimento do paciente, o desenvolvimento do maxilar superior estagna, permanecendo ainda um crescimento residual da mandíbula inferior.

Quando os incisivos inferiores apresentam uma menor extensão e os superiores permanecem posicionados,



Fig. 4. Apinhamento dentário.



Fig. 5. Apinhamento primário.



Fig. 6. Apinhamento secundário.



Fig. 7. Apinhamento tardio.



Fig. 8. Impacto estético do apinhamento dentário.



Fig. 9. Gingivite associada a apinhamento dentário.



Fig. 10. Apinhamento dentário inferior tardio e diastemas superiores.

enquanto o crescimento residual da mandíbula permanece, gera-se uma condição de espaço desfavorável para os dentes inferiores uma vez que os incisivos superiores se tornam uma barreira ao crescimento mandibular e, dessa forma, pode surgir o apinhamento dentário tardio inferior ou o aparecimento de diastemas superiores anteriores (Figura 10)<sup>9, 22-24</sup>.

Apesar de o crescimento residual da mandíbula ser, atualmente, descrito como o fator principal etiológico do apinhamento inferior tardio, existem outros factores apontados como condicionantes, tais como: migração mesial fisiológica dos dentes posteriores, hábitos deletérios, pressão dos tecidos moles adjacentes, discrepâncias dento-esqueléticas, ausência de desgastes interproximais devido à dieta moder-

na e padrão de crescimento. Assim, o apinhamento dentário tardio é considerado, à luz da literatura científica atual, um fenómeno de origem multifatorial<sup>1, 9, 21, 25, 26</sup>.

### Conclusões

- Não existe evidência científica que comprove relação entre o apinhamento dentário tardio e a presença dos terceiros molares.

- A causa do apinhamento dentário tardio parece ter origem multifatorial, podendo estar relacionada com: crescimento residual da mandíbula, migração mesial dos dentes posteriores, hábitos deletérios, pressão dos tecidos moles adjacentes, discrepâncias dento-esqueléticas, ausência de

desgastes interproximais devido à dieta moderna e padrão de crescimento.

- Não deve ser realizada a extração de terceiros molares como prevenção do apinhamento dentário. ■

<sup>1</sup> Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Pós-graduação em Ortodontia - Cervera Madrid; Master em Invisalign - Manuel Roman Academy; Certificação Sistema Damon; Prática exclusiva em Ortodontia; Orador convidado em conferências nacionais.

<sup>2</sup> Doutorado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Diretor Clínico nas Clínicas Dentárias Prof. Dr. Fernando Almeida e Clínica Dentária Infante Sagres; Formador e coordenador nas áreas de Implantologia e Reabilitação Oral no Centro de Formação FA; Orador convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais; Autor de vários artigos científicos publicados em Revistas Nacionais e internacionais.

### Referências Bibliográficas

1. Siqueira DF et al. Apinhamento dentário: causas e opções terapêuticas. Rev Clin Ortop Dent Press, v.10, n. 1, p. 57-70, 2011
2. Rosa M. Tratamiento precoz del apinhamento dental en dentición mixta: procedimientos de intervención no habituales sin tocar los dientes permanentes. Rev Esp Orthod, Madrid 2003;33(1):203-14.
3. Álvarez AM, Arias MI, Álvarez G. Apinhamento antero-inferior durante el desarrollo del arco dental con presencia de terceros molares. Estudio longitudinal en niños entre los 6 y 15 años. CES Odontologia 2006; 19(1):25-32.
4. Vego L. A longitudinal study of mandibular arch perimeter. The Angle Orthodontist 1962;32(3):187-92.
5. Macías R; Quesada L; Benítez B; González A. Frecuencia del apinhamento dentario em adolescents del area de salud Masó. 2008. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2009; 8(5): 71-80.
6. Harradine NW, Pearson MH, Toth B. The effect of extraction of third molars on late lower incisor crowding: A randomized controlled trial. Br J Orthod 1998;25:117-22.
7. Sidlauskas A, Trakiniene G. Effect of the lower third molars on the lower dental arch crowding. Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal, 8:80-4, 2006
8. Prasad K, Hassan S. Influence of third molars on anterior crowding - Revisited. J Int Oral Health 2011;3:37-40.
9. Richardson ME. The role of the third molar in cause of late lower arch crowding: a review. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1989;95(1):79-83.
10. Mettes DTG, Nienhuijs MMEL, van der Sanden WJM, Verdonshot EH, Plasschaert A. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2.
11. Hattab & Alhaja. Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Endodontology 88(3): 285-91 - October 1999
12. Silva, C. (1992). Terceiros grandes molares: Previsão de impactação e critérios de enucleação precoce, Actas da S.P.O.D.F, no1, pp.37-46
13. SAYSSEL MY, MERAL GD, KOCADERLI I, TASAR F. The Effects of First Premolar Extractions on Third Molar Angulations. The Angle Orthodontist, Volume 75, Number 5, 2005.
14. Barril, VM. Taxa de Prevalência do Terceiro Molar Incluso numa População da UFP. Porto, [Tese de mestrado integrado], Fernando Pessoa; 2010. (15) Hernández et al., 2009
15. Bergström, K, Jensen, R. Responsibility of the third molar for secondary crowding. Dent. Abstr. 1961;6:544
16. Lindqvist B, Thilander B. Extraction of third molars in cases of anticipated crowding in the lower jaw. Am J Orthod. 1982;81:130-9
17. Broadbent BH. Ontogenic development of occlusion. Angle Orthod 1941, 11: 223-241.
18. Southard TE, Weeda LW. Mesial force from unerupted third molars. Am J Orthod 1991;99: 220-225. 10.1016/0889-5406(91)70004-6
19. Karasawa LH. Cross-sectional study of correlation between mandibular incisor crowding and third molars in young Brazilians. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2013, 18: 505-509.10.4317/medoral.18644
20. Bishara SE. Third molars: a dilemma! Or is it? Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;115: 628-633.
21. Björk A, Skieller V. Facial development and tooth eruption. An implant study at the age of puberty. Am J Orthod. 1972;62(4):339-83.
22. Van Der Linden FPGM. Theoretical and practical aspects of crowding in the human dentition. J Am Dent Assoc. 1974;89(1):139-53.
23. Gleiser R. O terceiro molar e sua influência no apinhamento dentário inferior tardio. Medcenter 2004 Jul
24. Hicks EP. Third molar management: a case against routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57: 831-36. (25)
25. Zachrisson BU. Mandibular third molars and late lower arch crowding—the evidence base. World J Orthod. 2005;6(2):180-6.