

Avaliação da presença, do posicionamento e da Rizogênese dos terceiros molares em pacientes adultos: um estudo radiográfico

Evaluation of presence, positioning and Rizogenesis of third parents in adult patients: a radiographical study

DOI:10.34117/bjdv9n1-344

Recebimento dos originais: 16/12/2022

Aceitação para publicação: 18/01/2023

Sarah Luna Parente Saraiva

Especialista em Harmonização Orofacial

Instituição: Universidade de Fortaleza (Unifor)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,

CEP: 60811-905

E-mail: sarahluna_@hotmail.com

Maria Carline Sampaio de Melo

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Instituição: Universidade de Fortaleza (Unifor)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,

CEP: 60811-905

E-mail: carlinemelo@live.com

Vinicius Rodrigues Gomes

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Instituição: Universidade de Fortaleza (Unifor)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,

CEP: 60811-905

E-mail: viniustoc17@hotmail.com

José Rômulo de Medeiros

Doutor em Clínica Odontológica e Cirurgia Bucomaxilofacial

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,

CEP: 60811-905

E-mail: joseromulo@yahoo.com.br

Saulo Ellery Santos

Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da

Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP)

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,

CEP: 60811-905

E-mail: sauloellery@hotmail.com

Francisco Wagner Vasconcelos Freire Filho

Doutor em Clínica Odontológica e Cirurgia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP)

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,
CEP: 60811-905

E-mail: wagnerbmf1@gmail.com

Bruno Frota Amora Silva

Mestre em Ciências Médicas

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Fortaleza - CE,
CEP: 60811-905

E-mail: brunofrota@unifor.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a presença, a rizogênese e o posicionamento dos terceiros molares em pacientes adultos do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, através de radiografias panorâmicas. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional do tipo transversal retrospectivo no período de 5 anos no qual foram analisados 705 prontuários. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se uma amostra de 371 radiografias, no qual foi preenchida uma ficha de dados, que continham as classificações de Pell & Gregory, Winter e Nolla. **Resultados:** Houve predileção pelo sexo feminino ($p=0,181$), sendo a maioria entre 33 e 38 anos. No sexo masculino, os terceiros molares superiores se mostraram mais presentes na posição B, posição vertical entre 18 e 44 anos, e horizontal entre 45 e 67 anos ($p<0,001$). Os dentes inferiores prevaleceram na posição A ($p=0,007$) e classe I ($p<0,001$), e houve maior prevalência de mesio angulares do que os superiores entre 21 e 62 anos ($p<0,05$). O estágio 10 de Nolla foi mais prevalente após os 23 anos ($p<0,001$). Já no sexo feminino, houve prevalência, nos superiores, da posição C entre 18 e 20 anos, A entre 21 e 44 anos e B entre 45 e 50 anos ($p<0,001$), verticais entre 18 e 50 anos e horizontais acima dos 50 anos ($p<0,001$). Nos inferiores, houve prevalência da posição B entre 21 e 32 anos e A entre 38 e 56 anos ($p=0,001$), verticais entre 21 e 56 anos e mesio angular acima dos 57 anos ($p=0,018$). O estágio 10 de Nolla foi prevalente após os 24 anos ($p<0,001$). **Conclusão:** Há uma variação na presença dos terceiros molares em relação ao sexo e idade dos pacientes, além da diferença nas classificações citadas, trazendo repercussão nas dificuldades cirúrgicas.

Palavras-chave: dente serotino, dentes inclusos, radiografia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the presence, rhizogenesis and positioning of third molars in adult patients of the Dentistry Course of the University of Fortaleza, through panoramic radiographs. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional observational study was carried out over a 5-year period in which 705 medical records were analyzed. According to the inclusion and exclusion criteria, a sample of 371 radiographs was selected, in which a data sheet containing the Pell & Gregory, Winter and Nolla ratings was completed. **Results:** There was female predilection ($p = 0.181$), the majority being between 33 and 38 years old. In the male, the third upper molars were more present in position B, vertical position between 18 and 44 years, and horizontal between 45 and 67 years ($p < 0.001$). The lower teeth prevailed at position A ($p = 0.007$) and class I (p

<0.001), and there was a higher prevalence of angular mesio than the upper teeth between 21 and 62 years ($p < 0.05$). Nolla stage 10 was more prevalent after 23 years ($p < 0.001$). In females, there was a prevalence of C in the upper position between 18 and 20 years, A between 21 and 44 years and B between 45 and 50 years ($p < 0.001$), vertical between 18 and 50 years and horizontal over 50 years ($p < 0.001$). In the lower, there was a prevalence of position B between 21 and 32 years and A between 38 and 56 years ($p = 0.001$), vertical between 21 and 56 years, and angular mesio over 57 years ($p = 0.018$). Nolla stage 10 was prevalent after 24 years ($p < 0.001$). Conclusion: There is a variation in the presence of third molars in relation to the sex and age of the patients, besides the difference in the mentioned classifications, bringing repercussion to the surgical difficulties.

Keywords: serotinoid tooth, teeth included, radiography.

1 INTRODUÇÃO

O elemento dentário é considerado impactado quando não consegue erupcionar no arco dental devido a algum tipo de impedimento, como a presença de tecido ósseo envolta, tecido gengival fibroso e também falta de espaço na arcada.¹ No entanto, o dente impactado ocorre também devido a redução do estímulo de crescimento para a maxila e mandíbula, fator diretamente associado à dieta que não exige tanto do esforço mastigatório.²

Contudo, os terceiros molares superiores e inferiores têm apresentado maiores índices de impactação (37%), seguido dos segundos pré-molares (27%) e primeiros pré-molares (17%).³ Com isso, esses elementos podem causar reabsorções radiculares em dentes adjacentes, pericoronarite, cárie distal, dor, edema, cistos e tumores odontogênicos, tornando-se cada vez mais comum sua remoção cirúrgica na prática odontológica.^{1,4}

Diante do exposto, as classificações utilizadas atualmente são as de Winter e Pell & Gregory. Estas classificações relacionam o terceiro molar de acordo com sua angulação, o plano oclusal e o ramo ascendente da mandíbula.¹

Winter classificou estes elementos de acordo com sua inclinação em relação ao seu longo eixo comparando com o segundo molar. Sendo estas: mesio angular, disto angular, vertical, transversal, horizontal e vestibuloversão.⁵

Por outro lado, Pell & Gregory os classifica de forma distinta, uma relacionando a sua posição em relação ao plano oclusal, sendo: **Posição A:** oclusal do terceiro está no mesmo nível oclusal do segundo molar; **Posição B:** oclusal do terceiro está entre a oclusal

e cervical do segundo molar; **Posição C**: oclusal do terceiro molar está abaixo da cervical do segundo molar.⁶

A outra classificação se aplica apenas nos terceiros molares inferiores com sua relação ao ramo ascendente da mandíbula, em **Classe I**: é quando o terceiro molar inferior está com sua coroa totalmente a frente do ramo ascendente da mandíbula; **Classe II**: ocorre quando o terceiro molar inferior está parcialmente coberto pelo ramo da mandíbula; **Classe III**: acontece quando o terceiro molar está totalmente coberto pelo ramo da mandíbula.²

Com a falta de espaço para a erupção dos terceiros molares e consequente impaction dos mesmo em alguns indivíduos, torna-se necessária a realização de uma cirurgia para sua extração. O planejamento operatório é uma etapa pré-cirúrgica importante que guiará o profissional para que as complicações cirúrgicas, como as parestesias, sejam evitadas. Esse planejamento é feito a partir de um exame clínico e radiográfico.⁷

Contudo, quando o profissional suspeita que esses dentes estejam em íntimo contato com alguma estrutura nobre, como o seio maxilar e o nervo alveolar inferior, pode haver a necessidade de uma tomografia computadorizada para melhor planejamento do caso.⁸

A partir da radiografia panorâmica, é possível visualizar a posição do dente de acordo com a classificação de Winter e Pell & Gregory, definindo o grau de dificuldade da cirurgia. A maior prevalência é daqueles dentes que se encontram mesio angular. A posição considerada com um maior grau de dificuldade é a disto angular, Classe III, Posição C. Nesse caso, o planejamento se torna ainda mais importante para que o cirurgião dentista consiga realizar a cirurgia, garantindo maior segurança ao paciente e ao profissional. Ademais, pode-se verificar a posição das raízes, podendo estar divergente, convergente e dilacerada.⁹

Desta forma, o planejamento pré-operatório é essencial, a fim de evitar complicações durante e após o procedimento, tais como alveolite, trismo, hemorragia, parestesia, dentre outros. Porém, podem ter uma relação extrínseca ao ato cirúrgico, como a idade do paciente e medicamentos de uso, sendo prevenidos com a prescrição ou suspensão de alguns fármacos.¹⁰

Um fator importante durante o planejamento é analisar se o dente está incluso ou não. Caso esteja, é fundamental verificar se a raiz do mesmo encontra-se totalmente

formada. Pode-se classificar a formação dentária através dos estágios de Nolla, cuja o dente recebe um escore de zero a dez, dependendo do seu desenvolvimento e calcificação. Cada escore é definido de modo que: 0 corresponde a ausência de cripta, 1 a presença de cripta, 2 a calcificação inicial, 3 a um terço da coroa completa, 4 a dois terços da coroa completa, 5 a coroa praticamente completa, 6 a coroa completa, 7 a coroa completa mais um terço de raiz formada, 8 a coroa completa mais dois terços de raiz formada, 9 a coroa completa e raiz praticamente formada, porém com ápice aberto e 10 a dente totalmente formado com ápice fechado.¹¹

Diante dos poucos estudos realizados na população de Fortaleza e do grande número de cirurgias realizadas para a remoção dos terceiros molares, faz-se necessário o conhecimento de suas características epidemiológicas nesta população.

O objeto desse estudo foi analisar a presença, a rizogênese e o posicionamento dos terceiros molares em radiografias panorâmicas dos pacientes adultos atendidos no Curso de Odontologia da Unifor, em um período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2016, correlacionando os achados das classificações com a idade e o sexos destes pacientes.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, transversal, documental, através de uma amostragem probabilística, obtida a partir da totalidade de prontuários de pacientes atendidos no curso de odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2016.

Sendo 10.451 o número total de prontuários, foi calculada a amostra seguindo a fórmula abaixo, obtendo-se o valor de 371 prontuários que foram analisados na presente pesquisa.

$$N = 21.5999; p =$$

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{Np(1-p)}{\left[\left(\frac{d^2}{Z^2} \right) + \frac{p}{N} \right]}$$

Para composição da amostra, considerou-se como critérios de inclusão: prontuários de pacientes com 18 anos ou mais, sem distinção de sexo, com radiografia panorâmica com, no mínimo, um terceiro molar, posicionado ao lado do segundo molar.

A partir do relatório de todos os prontuários abertos no período selecionado para a pesquisa, foram escolhidos o primeiro e quinto prontuário de cada página do relatório. Nos casos em que o prontuário não atendia aos critérios de inclusão, o prontuário seguinte a este era analisado, até o momento em que algum fosse selecionado para composição da amostra. Desta forma, foram analisados 705 prontuários para a obtenção de 371 para a pesquisa.

Para a coleta dos dados utilizou-se uma ficha de coleta de dados para obtenção das seguintes informações: Classificação de Pell & Gregory (em relação ao plano oclusal do segundo molar – A, B e C - e em relação ao ramo da mandíbula – I, II e III), de Winter (vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, transversal e vestibuloversão) e de Nolla (de 1 a 10).

As radiografias panorâmicas foram analisadas por dois pesquisadores discentes devidamente calibrados para a tarefa, classificando os terceiros molares seja superior, seja inferior, de acordo com as classificações de Pell & Gregory, Winter e Nolla.

Muito embora este estudo objetive disponibilizar informações que dão indícios da dificuldade cirúrgica para remoção dos terceiros molares, uma vez que é baseado apenas no estudo radiográfico panorâmico, não disponibiliza informações acerca do aspecto clínico, sendo uma limitação encontrada pelos pesquisadores.

Os dados obtidos foram colocados no programa Excel ® para posterior análise estatística por meio do software GraphPad Prism 5,0 para Windows adotando uma confiança de 95%. Os dados categóricos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e comparados por meio dos testes exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Os dados quantitativos foram expressos em forma de média e erro padrão, submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e comparados pelos testes t de Student, ANOVA-1-way e ANOVA-2-way seguidos do pós-teste de Bonferroni.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com parecer 2.393.832.

3 RESULTADOS

De um total de 705 prontuários analisados, a amostra contemplou 371 (52,6%). Destes, 104 (28,0%) eram menores de 18 anos, 124 (33,4%) tinham todos os terceiros molares ausentes, 88 (23,7%) não continham raio x e 18 (4,9%) estavam no arquivo morto, ou seja, não eram mais atendidos na Unifor.

O maior quantitativo era de pacientes na faixa etária entre 33-38 anos (n=82), sendo o sexo feminino mais prevalente em todas as faixas de idade (p=0,181) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do total de dentes em relação a idade e sexo.

	Total	masculino	Sexo feminino	p-Valor
Faixa de idade				
18 a 20 anos	31	9 29,0%	22 71,0%	0,181
21 a 23 anos	28	6 21,4%	22 78,6%	
24 a 26 anos	21	7 33,3%	14 66,7%	
27 a 32 anos	71	29 40,8%	42 59,2%	
33 a 38 anos	82	29 35,4%	53 64,6%	
39 a 44 anos	60	22 36,7%	38 63,3%	
45 a 50 anos	37	15 40,5%	22 59,5%	
51 a 56 anos	25	8 32,0%	17 68,0%	
57 a 62 anos	12	9 75,0%	3 25,0%	
63 a 67 anos	4	1 25,0%	3 75,0%	
Total	135	36,4%	236 63,6%	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.
Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

No sexo masculino, tanto os superiores (p=0,002) como os inferiores (p=0,003), decrescem significativamente sua prevalência com o aumentar da idade. No sexo feminino isto também ocorre (superiores: p=0,029; inferiores: p<0,001). No entanto, nos pacientes com 39 a 44 houve prevalência de terceiros molares superiores significativamente maiores nas mulheres (p=0,003) (Tabela 2).

Tabela 2- Presença de terceiros molares em relação a idade e sexo.

Faixa de idade	Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Superiores	Inferiores	p-Valor	Superiores	Inferiores	p-Valor
18 a 20 anos	16 88,9%	13 72,2%	0,206	35 79,5%	38 86,4%	0,395
21 a 23 anos	10 83,3%	8 66,7%	0,345	34 77,3%	36 81,8%	0,597
24 a 26 anos	9 64,3%	13 92,9%	0,065	24 85,7%	23 82,1%	0,716
27 a 32 anos	49 84,5%	41 70,7%	0,074	60 71,4%	63 75,0%	0,601
33 a 38 anos	45 77,6%	36 62,1%	0,068	62 58,5%	58 54,7%	0,579
39 a 44 anos	30 68,2%	23 52,3%	0,127	54 71,1%	32 42,1%	0,003
45 a 50 anos	17 56,7%	16 53,3%	0,795	25 56,8%	20 45,5%	0,268
51 a 56 anos	7 43,8%	6 37,5%	0,718	21 61,8%	17 50,0%	0,329
57 a 62 anos	8 44,4%	5 27,8%	0,297	3 50,0%	4 66,7%	1,000
63 a 67 anos	1 50,0%	2 100,0%	1,000	3 50,0%	3 50,0%	1,000
p-Valor	0,002	0,003		0,029	<0,001	
Total	192 71,1%	163 60,4%	0,008	321 68,0%	294 62,3%	0,065

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

A prevalência geral de terceiros molares superiores foi de 69,1% e inferiores foi de 61,6%, com diferença estatística entre os dois tipos dentários ($p=0,002$). Tanto os terceiros molares superiores ($p=0,003$) como inferiores ($p<0,001$) mostraram prevalência decrescente com o aumentar da idade (Tabela 3).

Tabela 3- Presença de terceiros molares superiores e inferiores.

Faixa de idade	Superiores	%	Inferiores	%	p-Valor
18 a 20 anos	51	82,3%	51	82,3%	1,000
21 a 23 anos	44	78,6%	44	78,6%	1,000
24 a 26 anos	33	78,6%	36	85,7%	0,392
27 a 32 anos	109	76,8%	104	73,2%	0,493
33 a 38 anos	107	65,2%	94	57,3%	0,141
39 a 44 anos	84	70,0%	55	45,8%	<0,001
45 a 50 anos	42	56,8%	36	48,6%	0,323
51 a 56 anos	28	56,0%	23	46,0%	0,318
57 a 62 anos	11	45,8%	9	37,5%	0,558
63 a 67 anos	4	50,0%	5	62,5%	1,000
p-Valor	0,003		<0,001		
Total	513	69,1%	457	61,6%	0,002

* $p<0,05$, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Em relação a classificação de Pell & Gregory quanto ao plano oclusal, a prevalência de dentes superiores com classificação C foi significativamente superior entre 18-20 anos e dos dentes A entre 33-38 anos e entre 57 e 62 anos ($p<0,001$). Nos dentes inferiores pacientes entre 18-23 anos apresentaram a maior prevalência de molares classificados como C e pacientes acima de 26 anos de molares classificados como A ($p<0,001$). Nos pacientes entre 51-56 anos houve significativamente mais molares inferiores tipo A que superiores e no geral, os molares tipo B apresentam maior prevalência em mandíbula e tipo A em maxila ($p=0,018$) (Tabela 4).

No sexo masculino, os terceiros molares superiores foram mais frequentes na posição B, enquanto que os inferiores foram na posição A ($p=0,007$) independentemente da idade. No entanto, os molares superiores dos pacientes até 23 anos se apresentaram mais na posição C (Tabela 5).

Já no sexo feminino, com relação aos molares superiores, os pacientes 18-20 anos apresentaram maior prevalência de dentes tipo C, os pacientes com 21-44 anos tipo A e os pacientes com 45-50 anos tipo B ($p<0,001$). Com relação aos molares inferiores os pacientes com 21-32 anos apresentaram maior prevalência do tipo B e os pacientes com 38-56 anos maior prevalência do tipo A ($p=0,001$) (Tabela 5).

Tabela 4- Classificação de Pell e Gregory, quanto o plano oclusal do segundo molar, dos dentes superiores e inferiores.

	Superiores						Inferiores						p-Valor
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	
Faixa de idade													
18 a 20 anos	20	40,0%	14	28,0%	16	32,0%	24	51,1%	11	23,4%	12	25,5%	0,547
21 a 23 anos	23	56,1%	14	34,1%	4	9,8%	23	57,5%	12	30,0%	5	12,5%	0,881
24 a 26 anos	19	61,3%	9	29,0%	3	9,7%	24	80,0%	5	16,7%	1	3,3%	0,258
27 a 32 anos	57	59,4%	34	35,4%	5	5,2%	48	60,8%	27	34,2%	4	5,1%	0,983
33 a 38 anos	72	73,5%	25	25,5%	1	1,0%	52	75,4%	15	21,7%	2	2,9%	0,590
39 a 44 anos	41	54,7%	30	40,0%	4	5,3%	27	65,9%	13	31,7%	1	2,4%	0,455
45 a 50 anos	17	50,0%	17	50,0%	0	0,0%	19	79,2%	4	16,7%	1	4,2%	0,021
51 a 56 anos	12	50,0%	12	50,0%	0	0,0%	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,001
57 a 62 anos	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%	1,000
63 a 67 anos	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
p-Valor			<i>p<0,001</i>						<i>p<0,001</i>				
Total	270	58,6%	158	34,3%	33	7,2%	239	67,5%	89	25,1%	26	7,3%	0,018

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.
Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Tabela 5- Classificação de Pell e Gregory, quanto o plano oclusal do segundo molar, em relação a idade e sexo.

Sexo Masculino	Superiores						Inferiores						p-Valor
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	
Faixa de idade													
18 a 20 anos	6	40,0%	6	40,0%	3	20,0%	10	83,3%	2	16,7%	0	0,0%	0,056
21 a 23 anos	3	30,0%	5	50,0%	2	20,0%	6	85,7%	0	0,0%	1	14,3%	0,051
24 a 26 anos	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	11	91,7%	1	8,3%	0	0,0%	0,054
27 a 32 anos	29	65,9%	14	31,8%	1	2,3%	22	68,8%	9	28,1%	1	3,1%	0,924
33 a 38 anos	31	77,5%	8	20,0%	1	2,5%	18	72,0%	7	28,0%	0	0,0%	0,573
39 a 44 anos	12	42,9%	15	53,6%	1	3,6%	12	60,0%	8	40,0%	0	0,0%	0,397
45 a 50 anos	8	57,1%	6	42,9%	0	0,0%	9	81,8%	2	18,2%	0	0,0%	1,000
51 a 56 anos	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
57 a 62 anos	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
63 a 67 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
p-Valor			p=0,022					0,230					
Total	103	58,9%	64	36,6%	8	4,6%	97	75,8%	29	22,7%	2	1,6%	0,007
Sexo feminino													
Faixa de idade													
18 a 20 anos	14	40,0%	8	22,9%	13	37,1%	14	40,0%	9	25,7%	12	34,3%	0,951
21 a 23 anos	20	64,5%	9	29,0%	2	6,5%	17	51,5%	12	36,4%	4	12,1%	0,528
24 a 26 anos	14	63,6%	5	22,7%	3	13,6%	13	72,2%	4	22,2%	1	5,6%	0,685
27 a 32 anos	28	53,8%	20	38,5%	4	7,7%	26	55,3%	18	38,3%	3	6,4%	0,966
33 a 38 anos	41	70,7%	17	29,3%	0	0,0%	34	77,3%	8	18,2%	2	4,5%	0,132
39 a 44 anos	29	61,7%	15	31,9%	3	6,4%	15	71,4%	5	23,8%	1	4,8%	0,740
45 a 50 anos	9	45,0%	11	55,0%	0	0,0%	10	76,9%	2	15,4%	1	7,7%	0,045
51 a 56 anos	10	55,6%	8	44,4%	0	0,0%	9	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
57 a 62 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	1,000
63 a 67 anos	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
p-Valor			<0,001					0,001					
Total	167	58,4%	94	32,9%	25	8,7%	142	62,8%	60	26,5%	24	10,6%	0,279

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Em relação ao ramo da mandíbula, a classificação de Pell & Gregory, no sexo masculino, mostrou que os molares inferiores foram mais prevalentes na classe I em todas as faixas etárias, com exceção de 21-23 anos, que apresentaram alta prevalência na classe II ($p < 0,001$). No sexo feminino, os inferiores foram mais prevalentes na cl I.

Tabela 6- Classificação de Pell e Gregory, quanto o ramo ascendente da mandíbula, em relação a idade e sexo.

	Sexo masculino						Sexo feminino					
	I		II		III		I		II		III	
Faixa de idade												
18 a 20 anos	10	83,3%	2	16,7%	0	0,0%	15	83,3%	3	16,7%	0	0,0%
21 a 23 anos	3	42,9%	4	57,1%	0	0,0%	13	76,5%	3	17,6%	1	5,9%
24 a 26 anos	12	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	87,5%	1	12,5%	0	0,0%
27 a 32 anos	30	93,8%	2	6,3%	0	0,0%	18	78,3%	4	17,4%	1	4,3%
33 a 38 anos	24	96,0%	1	4,0%	0	0,0%	23	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
39 a 44 anos	19	95,0%	1	5,0%	0	0,0%	11	91,7%	0	0,0%	1	8,3%
45 a 50 anos	11	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
51 a 56 anos	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
57 a 62 anos	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
63 a 67 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
p-Valor			<0,001						0,737			
Total	118	92,2%	10	7,8%	0	0,0%	102	87,9%	11	9,5%	3	2,6%

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.
Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Na classificação de Winter, os molares superiores e inferiores mostraram diferença significativa em todas as faixas etárias, com dentes superiores apresentando maior prevalência de verticalização e inferiores apresentando maior prevalência de mezialização ($p<0,001$). Os dentes superiores mostraram redução significativa dos dentes verticais e distoangulados e aumento significativo dos dentes horizontais com o aumentar da faixa etária ($p<0,001$) (Tabela 7).

No sexo masculino os molares superiores mostraram maior prevalência de dentes verticais de 18-44 anos e dentes horizontais de 45 a 67 anos ($p<0,001$) Os dentes inferiores mostraram maior prevalência de mesialização que os superiores de 21-62 anos de idade ($p<0,05$) (Tabela 8).

No sexo feminino os dentes superiores mostraram prevalência na posição verticais de 18-50 anos e dentes horizontais acima dos 50 anos de idade ($p<0,001$). Os dentes inferiores mostraram maior prevalência na posição vertical entre 21-56 anos e mesioangulado acima dos 57 anos ($p=0,018$). Em todas as faixas de idade, os dentes superiores mostraram maior prevalência de verticalização e os dentes inferiores de mesiangulados ($p<0,05$) (Tabela 8).

No presente estudo, observou-se que os dentes superiores e os inferiores apresentaram maior prevalência do estágio 10 de Nolla a partir dos 24 anos enquanto os demais estágios apresentaram prevalência elevada entre 18-23 anos ($p<0,001$) (Tabela 9).

Para indivíduos do sexo masculino, foi mais prevalente após os 23 anos de idade ($p<0,001$), e após os 24 anos no sexo feminino ($p<0,001$). Notou-se ainda que no grupo de indivíduos masculinos entre 27 e 38 anos de idade houve maior prevalência de terceiros molares superiores no estágio 10 de Nolla em comparação com os inferiores ($p<0,05$). Já no sexo feminino, houve maior prevalência de dentes inferiores no estágio 10 de Nolla entre 27 e 32 anos, comparando-se aos superiores ($p=0,041$) (Tabela 10).

4 DISCUSSÃO

A utilização de uma radiografia panorâmica é de grande importância para que o profissional possa planejar, de forma coerente, o procedimento cirúrgico, além de analisar o grau de dificuldade cirúrgica presente.¹²

Partindo dos resultados apresentados, mostrou-se maior presença de terceiros molares no sexo feminino na faixa etária dos 33 aos 38 anos, sugerindo maior preocupação das mulheres com a saúde bucal em relação ao gênero masculino. No

entanto, segundo Gomes et al, a faixa etária mais predominante de terceiros molares é de 20 a 25 anos seguida de 26 a 30 anos.¹³ Os achados de Pinto et al afirmam que a faixa etária com maior prevalência destes dentes nas mulheres é de 22 a 25 anos.¹⁴

De acordo com Cerqueira et al, a incidência de terceiros molares diminui com o avançar da idade, pois estes podem estar num grau de impactação que cause prejuízo, sendo indicada a sua extração quando o paciente está numa idade mais jovem.¹⁵ Segundo Maia, as perdas precoces dos primeiros e/ou segundo molares possibilitam a mesialização dos terceiros molares, visto que esses apresentam enorme variação anatômica da coroa, o que torna difícil a identificação, uma vez que podem assemelhar ao primeiro ou segundo molar em menores proporções.¹⁶

A Classificação de Pell & Gregory é usada para correlacionar o posicionamento do terceiro molar com o grau de dificuldade cirúrgica.¹⁷ De acordo com essa classificação, em relação ao plano oclusal, o grau de inclusão mais encontrado no sexo masculino foi a posição B nos superiores e A nos inferiores. Para García et al, a dificuldade cirúrgica de um dente na posição A é menor, comparada com as posições B e C.¹⁸ Xavier, et al. apontam que a posição A é a de maior prevalência, sendo coincidente com o presente estudo.¹⁹ Santos et al relatam que no sexo feminino é mais prevalente a ocorrência das retenções de terceiros molares.²⁰ Moura e Cravinhos complementam dizendo que esse achado é mais comum na faixa etária entre 18 e 24 anos²¹, convergindo com o presente estudo.

Em relação ao ramo da mandíbula, Xavier et al citam que a classe II é a mais encontrada.¹⁹ No entanto, nosso resultado foi divergente, sendo a Classe I a mais prevalente. Dessa forma, de acordo com nosso resultado em relação a classificação de Pell e Gregory, a maioria dos terceiros molares se encontrava com uma baixa dificuldade cirúrgica. Essa divergência pode ser devido à variações no tamanho das amostras encontradas nos diferentes estudos.

O presente estudo mostrou que os terceiros molares superiores apresentaram grande número na posição vertical da classificação de Winter em ambos os sexos, não havendo variação na posição dos inferiores, corroborando com estudos anteriores de Ylmaz et al e Souza et al.^{4, 22} Ademais, Souza et al descrevem de forma crescente as posições destes elementos dentários mandibulares em vertical, mesioangulado e horizontal²², o que converge com o presente estudo. De acordo com os estudos de Trento et al, há maior prevalência de terceiros molares na posição vertical e mesioangular.¹²

Em relação a classificação de Nolla, o estágio mais prevalente foi o 10 em ambos os sexos. Estes resultados são similares ao de Neto et al. de que os terceiros molares atingem o estágio 10 de Nolla com a idade entre os 19 e 21 anos para os homens, divergindo nas mulheres, com a idade entre 18 e 20 anos.²³

A cirurgia de terceiro molar é uma das mais realizadas por profissionais especialistas em tal procedimento, sendo importante sua avaliação prévia e planejamento correto para sua extração.²⁴

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, é possível concluir que há uma variação na presença dos terceiros molares em relação ao sexo e idade dos pacientes em relação às classificações, como já relatado em outros estudos, trazendo repercussão nas dificuldades cirúrgicas que podem ser encontradas. Em termos gerais, no presente estudo, o nível de dificuldade cirúrgica estimada mais prevalente sugere um nível de complexidade compatível com os procedimentos realizados em nível de graduação.

REFERÊNCIAS

Santosh P: Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res* 5:229, 2015

1. Santos DR, Quesada GAT: Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. *Rev. Cir. Traum. Buco-maxilo-facial* 9:83, 2009

2. Vicentin C, Zeuli CER: ANOMALIA DENTÁRIA DE NÚMERO:AGENESIA DENTÁRIA. *Interbio* 9:11, 2015

3. Yilmaz S, Adisen MZ, Misirlioglu M, Yorubulut S: Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. *Med Princ Pract* 25:169, 2015

4. Winter GB: Impactet mandibular third molar. *American Medical*. 1:1, 1926

5. Pell GJ, Gregory G: Impacted mandibular third molar: classification and modified techniques for removal. *The Dental Digest* 39:330, 1933

6. Goyal S, Verma P, Raj SS: Radiographic Evaluation of the Status of Third Molars in Sriganganagar Population - A Digital Panoramic Study. *Malays J Med Sci* 23:103, 2016

7. Rosa FM, Escobar CAB, Brusco LC: Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. *RGO* 55:291, 2007

8. Peterson, LJ: *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 4a ed. Rio de Janeiro, RJ, Mosby, 2005, pp 197-226

9. Paulesini-Junior W, Caixeta-Neto LS, Leporace AA, et al: Complicações Associadas à Cirurgia de Terceiros Molares: Revisão de Literatura. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo* 20:181, 2008

10. Cozzatti L, Araujo L, Lima E, et al: Avaliação da velocidade de erupção de segundos pré-molares inferiores e caninos permanentes superiores em indivíduos com fissura lábio-palatina. *Revista Ortodontia Gaúcha* 14:5, 2010

11. Trento CL, Zini MM, Moreschi E, et al: Localização e Classificação de Terceiros Molares: Análise Radiográfica. *Interbio* 3:18, 2009

12. Gomes JPF, Freire JCP, Barreto JO, et al: Prevalência das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: estudo retrospectivo no sertão nordestino. *Arch. health invest* 6:328, 2017

13. Pinto DG, Mockdeci HR, Almeida LEA, et al: Análise da prevalência e correlações por gênero, faixa etária, raça e classificação dos terceiros molares. *HE ver* 41:155, 2015

14. Cerqueira PRF, Farias DLBD, Filho JPDS, et al: ANÁLISE DA TOPOGRAFIA AXIAL DOS TERCEIROS MOLARES INCLUSOS ATRAVÉS DA RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MAXILARES EM RELAÇÃO À CLASSIFICAÇÃO DE WINTER. *Rev. Odonto Ciênc.* 22:16, 2007
15. Maia MM. Estudo de Prevalência de terceiros molares inclusos e impactados numa população da UFP 1:29, 2014
16. Garcia RR: Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. *RFO UPF* 5:31, 2000
17. García G A, Sam-pedro FG, Rey JG, et al: Pell–Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 38:585, 2000
18. Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, et al: 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* 10:83, 2010
19. Santos LD, Dechiche NL, Ulbrich LM, et al: Análise radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos efetuada na clínica de odontologia do Centro Universitário Positivo. *RSBO* 3:18, 2006
20. Moura W L, Cravinhos J C P: Análise clínica e radiográfica da presença de dentes inclusos e suas possíveis complicações a partir de exames em acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí. *FOA* 4:1, 2002
21. Souza JA, Lima JAS, Takahashi A, et al: Análise do grau de dificuldade cirúrgica da extração de terceiros molares inclusos com base nas classificações de Winter e Pell&Gregory realizadas no projeto SISO- Extensão Universitária 13:1, 2015
22. Neto WLC, Conénilo GC, Conceição MB: Estimativa da Idade pelos 3º Molares Através de RX: Relato de Caso. *RGO* 54:230, 2006
23. Oliveira WTDS, Guimarães L, Breda PLCL: Exodontia de terceiro molar inclusos. *BJHR* 4:6, 2021.
24. Santosh P: Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res* 5:229, 2015
25. Santos DR, Quesada GAT: Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. *Rev. Cir. Traum. Buco-maxilo-facial* 9:83, 2009
26. Vicentin C, Zeuli CER: ANOMALIA DENTÁRIA DE NÚMERO:AGENESIA DENTÁRIA. *Interbio* 9:11, 2015
27. Yilmaz S, Adisen MZ, Misirlioglu M, Yorubulut S: Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish

Population. *Med Princ Pract* 25:169, 2015

28. Winter GB: Impactet mandibular third molar. *American Medical*. 1:1, 192
29. Pell GJ, Gregory G: Impacted mandibular third molar: classification and modified techniques for removal. *The Dental Digest* 39:330, 1933
30. Goyal S, Verma P, Raj SS: Radiographic Evaluation of the Status of Third Molars in Sriganaganagar Population - A Digital Panoramic Study. *Malays J Med Sci* 23:103, 2016
31. Rosa FM, Escobar CAB, Brusco LC: Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. *RGO* 55:291, 2007
32. Peterson, LJ: *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 4a ed. Rio de Janeiro, RJ, Mosby, 2005, pp 197-226
33. Paulesini-Junior W, Caixeta-Neto LS, Leporace AA, et al: Complicações Associadas à Cirurgia de Terceiros Molares: Revisão de Literatura. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo* 20:181, 2008
34. Cozzatti L, Araujo L, Lima E, et al: Avaliação da velocidade de erupção de segundos pré-molares inferiores e caninos permanentes superiores em indivíduos com fissura lábio-palatina. *Revista Ortodontia Gaúcha* 14:5, 2010
35. Trento CL, Zini MM, Moreschi E, et al: Localização e Classificação de Terceiros Molares: Análise Radiográfica. *Interbio* 3:18, 2009
36. Gomes JPF, Freire JCP, Barreto JO, et al: Prevalência das posições de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas: estudo retrospectivo no sertão nordestino. *Arch. health invest* 6:328, 2017
37. Pinto DG, Mockdeci HR, Almeida LEA, et al: Análise da prevalência e correlações por gênero, faixa etária, raça e classificação dos terceiros molares. *HE ver* 41:155, 2015
38. Cerqueira PRF, Farias DLBD, Filho JPDS, et al: ANÁLISE DA TOPOGRAFIA AXIAL DOS TERCEIROS MOLARES INCLUSOS ATRAVÉS DA RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MAXILARES EM RELAÇÃO À CLASSIFICAÇÃO DE WINTER. *Rev. Odonto Ciênc.* 22:16, 2007
39. Maia MM. Estudo de Prevalência de terceiros molares inclusos e impactados numa população da UFP 1:29, 2014
40. Garcia RR: Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. *RFO UPF* 5:31, 2000
41. García G A, Sam-pedro FG, Rey JG, et al: Pell–Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 38:585, 2000

42. Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, et al: 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* 10:83, 2010
43. Santos LD, Dechiche NL, Ulbrich LM, et al: Análise radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos efetuada na clínica de odontologia do Centro Universitário Positivo. *RSBO* 3:18, 2006
44. Moura W L, Cravinhos J C P: Análise clínica e radiográfica da presença de dentes inclusos e suas possíveis complicações a partir de exames em acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí. *FOA* 4:1, 2002
45. Souza JA, Lima JAS, Takahashi A, et al: Análise do grau de dificuldade cirúrgica da extração de terceiros molares inclusos com base nas classificações de Winter e Pell&Gregory realizadas no projeto SISO- Extensão Universitária 13:1, 2015
46. Neto WLC, Conénilo GC, Conceição MB: Estimativa da Idade pelos 3º Molares Através de RX: Relato de Caso. *RGO* 54:230, 2006
47. Oliveira WTDS, Guimarães L, Breda PLCL: Exodontia de terceiro molar inclusos. *BJHR* 4:6, 2021.

ANEXOS

Tabela 7- Classificação de Winter dos dentes superiores e inferiores

Faixa etária	Superiores					Inferiores					p-Valor					
	Vertical	Mesio	Disto	Horizantal	Invertido	Vertical	Mesio	Disto	Horizantal	Invertido						
18 a 20 anos	88,0 44 %	0,0 0 %	12,0 6 %	0,0 0 %	0,0 0 %	3 3 %	70,0 9 %	19,1 4 %	8,5 1 %	2,1 0 %	0,0 0 %	0,008				
21 a 23 anos	88,4 38 %	0,0 0 %	7,0 3 %	4,7 2 %	0,0 0 %	2 8 %	70,0 0 %	1 1 %	27,5 0 %	0,0 1 %	2,5 0 %		0,001			
24 a 26 anos	74,3 26 %	0,0 0 %	14,0 5 %	11,4 4 %	0,0 0 %	1 8 %	60,0 0 %	1 2 %	40,0 0 %	0,0 0 %	0,0 0 %	<0,001				
27 a 32 anos	79,4 81 %	3,9 4 %	10,0 1 %	5,9 6 %	0,0 0 %	5 0 %	63,0 3 %	2 2 %	27,8 3 %	3,8 4 %	5,1 0 %		<0,001			
33 a 38 anos	84,9 90 %	0,9 1 %	6,6 7 %	7,5 8 %	0,0 0 %	3 1 %	52,0 7 %	2 0 %	45,8 0 %	0,0 1 %	1,7 0 %	<0,001				
39 a 44 anos	81,2 69 %	1,2 1 %	4,7 4 %	11,8 0 %	1,2 1 %	2 3 %	56,0 1 %	1 6 %	39,0 0 %	0,0 2 %	4,9 0 %		<0,001			
45 a 50 anos	65,0 26 %	0,0 0 %	5,0 2 %	30,0 2 %	0,0 0 %	1 2 %	50,0 0 %	1 1 %	45,8 0 %	0,0 1 %	4,2 0 %	<0,001				
51 a 56 anos	60,5 23 %	0,0 0 %	2,6 1 %	36,8 4 %	0,0 0 %	9 9 %	64,0 3 %	5 5 %	35,7 0 %	0,0 0 %	0,0 0 %		<0,001			
57 a 62 anos	36,0 9 %	0,0 0 %	0,0 0 %	64,0 6 %	0,0 0 %	2 2 %	25,0 0 %	6 6 %	75,0 0 %	0,0 0 %	0,0 0 %	<0,001				
63 a 67 anos	14,3 3 %	0,0 0 %	0,0 0 %	85,7 8 %	0,0 0 %	0 0 %	0,0 0 %	2 2 %	100,0 0 %	0,0 0 %	0,0 0 %		<0,001			
p-Valor			<0,001						0,062							
Total	40 9 %	75,0 6 %	1,1 9 %	3 0 %	7,2 1 %	9 6 %	16,5 1 %	0,2 1 %	2 6 %	59,0 9 %	2 7 %	35,2 0 %	2,0 0 %	1 2,9 %	0,0 0 %	<0,001

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Tabela 8- Classificação de Winter em relação a idade e sexo.

Sexo masculino	Superiores										Inferiores										p-Valor
	Vertical		Mesio		Disto		Horizontal		Invertido		Vertical		Mesio		Disto		Horizontal		Invertido		
18 a 20 anos	14	93,3%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	11	91,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	0,358
21 a 23 anos	9	81,8%	0	0,0%	1	9,1%	1	9,1%	0	0,0%	3	42,9%	4	57,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,036
24 a 26 anos	7	63,6%	0	0,0%	2	18,2%	2	18,2%	0	0,0%	7	58,3%	5	41,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,029
27 a 32 anos	35	74,5%	3	6,4%	6	12,8%	3	6,4%	0	0,0%	22	68,8%	9	28,1%	0	0,0%	1	3,1%	0	0,0%	0,014
33 a 38 anos	36	81,8%	1	2,3%	3	6,8%	4	9,1%	0	0,0%	18	72,0%	7	28,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,004
39 a 44 anos	25	75,8%	1	3,0%	2	6,1%	5	15,2%	0	0,0%	14	70,0%	5	25,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	0,049
45 a 50 anos	8	57,1%	0	0,0%	0	0,0%	6	42,9%	0	0,0%	6	54,5%	5	45,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,003
51 a 56 anos	5	38,5%	0	0,0%	1	7,7%	7	53,8%	0	0,0%	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,012
57 a 62 anos	8	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,007
63 a 67 anos	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	90,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000
<i>p-Valor</i>	<i><0,001</i>										<i>0,483</i>										
Total	148	69,2%	5	2,3%	16	7,5%	45	21,0%	0	0,0%	85	66,4%	40	31,3%	0	0,0%	3	2,3%	0	0,0%	<0,001
Sexo feminino																					
Faixa de idade																					
18 a 20 anos	30	85,7%	0	0,0%	5	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	22	62,9%	9	25,7%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%	0,006
21 a 23 anos	29	90,6%	0	0,0%	2	6,3%	1	3,1%	0	0,0%	25	75,8%	7	21,2%	0	0,0%	1	3,0%	0	0,0%	0,026
24 a 26 anos	19	79,2%	0	0,0%	3	12,5%	2	8,3%	0	0,0%	11	61,1%	7	38,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,004
27 a 32 anos	46	83,6%	1	1,8%	5	9,1%	3	5,5%	0	0,0%	28	59,6%	13	27,7%	3	6,4%	3	6,4%	0	0,0%	0,002
33 a 38 anos	54	87,1%	0	0,0%	4	6,5%	4	6,5%	0	0,0%	13	38,2%	20	58,8%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	<0,001
39 a 44 anos	44	84,6%	0	0,0%	2	3,8%	5	9,6%	1	1,9%	9	42,9%	11	52,4%	0	0,0%	1	4,8%	0	0,0%	<0,001
45 a 50 anos	18	69,2%	0	0,0%	2	7,7%	6	23,1%	0	0,0%	6	46,2%	6	46,2%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	0,002
51 a 56 anos	18	72,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	28,0%	0	0,0%	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,017
57 a 62 anos	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	8	88,9%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,001
63 a 67 anos	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	9	81,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,001
<i>p-Valor</i>	<i><0,001</i>										<i>0,018</i>										
Total	261	78,9%	1	0,3%	23	6,9%	45	13,6%	1	0,3%	121	56,0%	81	37,5%	7	3,2%	7	3,2%	0	0,0%	<0,001

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Tabela 9- Classificação de Nolla dos dentes superiores e inferiores.

Estágio	Superiores					Inferiores					p-Valor
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	
Faixa de idade											
18 a 20 anos	24 15,0%	28 17,5%	32 20,0%	36 22,5%	40 25,0%	24 15,0%	28 17,5%	32 20,0%	36 22,5%	40 25,0%	1,000
21 a 23 anos	2 4,1%	3 6,1%	9 18,4%	17 34,7%	18 36,7%	3 8,3%	3 8,3%	3 8,3%	12 33,3%	15 41,7%	0,662
24 a 26 anos	1 2,4%	3 7,3%	1 2,4%	1 2,4%	35 85,4%	2 5,0%	0 0,0%	2 5,0%	1 2,5%	35 87,5%	0,455
27 a 32 anos	1 2,3%	14 32,6%	0 0,0%	1 2,3%	27 62,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	30 100,0%	0,002
33 a 38 anos	0 0,0%	3 3,0%	1 1,0%	4 4,0%	93 92,1%	0 0,0%	1 1,2%	2 2,5%	6 7,4%	72 88,9%	0,525
39 a 44 anos	0 0,0%	0 0,0%	2 2,2%	1 1,1%	90 96,8%	0 0,0%	1 1,5%	0 0,0%	3 4,4%	64 94,1%	0,202
45 a 50 anos	1 1,3%	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	73 97,3%	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	40 97,6%	0,692
51 a 56 anos	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	21 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,8%	5 23,8%	15 71,4%	0,030
57 a 62 anos	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	21 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 100,0%	1,000
63 a 67 anos	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%	1,000
mais de 67 anos	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,0%	1,000
p-Valor			<0,001					<0,001			
Total	29 4,7%	52 8,4%	45 7,3%	60 9,7%	430 69,8%	29 5,8%	34 6,7%	40 7,9%	63 12,5%	338 67,1%	0,407

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Tabela 10- Classificação de Nolla em relação a idade e sexo.

Sexo masculino	Superiores					Inferiores					p-Valor
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	
Faixa de idade											
18 a 20 anos	12 15,0%	14 17,5%	16 20,0%	18 22,5%	20 25,0%	12 15,0%	14 17,5%	16 20,0%	18 22,5%	20 25,0%	1,000
21 a 23 anos	0 0,0%	0 0,0%	2 13,3%	5 33,3%	8 53,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 8,3%	5 41,7%	6 50,0%	0,865
24 a 26 anos	0 0,0%	1 10,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 90,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 28,6%	0 0,0%	5 71,4%	0,155
27 a 32 anos	0 0,0%	6 40,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 60,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 100,0%	0,020
33 a 38 anos	0 0,0%	1 2,2%	0 0,0%	0 0,0%	45 97,8%	0 0,0%	1 2,9%	0 0,0%	3 8,8%	30 88,2%	0,017

39 a 44 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	37	97,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%	21	91,3%	0,138	
45 a 50 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	28	100,0%	0	0,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	95,0%	0,416	
51 a 56 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	71,4%	2	28,6%	1,000	
57 a 62 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	1,000	
63 a 67 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0,567	
mais de 67 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,000	
p-Valor					<0,001																	
Total	12	4,8%	22	8,9%	19	7,7%	23	9,3%	172	69,4%	12	5,9%	16	7,8%	19	9,3%	33	16,2%	124	60,8%	0,178	
Sexo																						
feminino																						
Faixa de idade																						
18 a 20 anos	12	15,0%	14	17,5%	16	20,0%	18	22,5%	20	25,0%	12	15,0%	14	17,5%	16	20,0%	18	22,5%	20	25,0%	1,000	
21 a 23 anos	2	5,9%	3	8,8%	7	20,6%	12	35,3%	10	29,4%	3	12,5%	3	12,5%	2	8,3%	7	29,2%	9	37,5%	0,609	
24 a 26 anos	1	3,2%	2	6,5%	1	3,2%	1	3,2%	26	83,9%	2	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,0%	30	90,9%	0,467	
27 a 32 anos	1	3,6%	8	28,6%	0	0,0%	1	3,6%	18	64,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	100,0%	0,041	
33 a 38 anos	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	4	7,3%	48	87,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	3	6,4%	42	89,4%	0,529	
39 a 44 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	53	96,4%	0	0,0%	1	2,2%	0	0,0%	1	2,2%	43	95,6%	0,560	
45 a 50 anos	1	2,1%	1	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	45	95,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	100,0%	0,631	
51 a 56 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	20	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	13	92,9%	0,412	
57 a 62 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	100,0%	1,000	
63 a 67 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	1,000	
mais de 67 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	1,000	
p-Valor					<0,001																	
Total	17	4,6%	30	8,2%	26	7,1%	37	10,1%	258	70,1%	17	5,7%	18	6,0%	21	7,0%	30	10,0%	214	71,3%	0,834	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

FICHA DE COLETA DE DADOS

Nome: Idade: Sexo: _____ Prontuário:

DENTE 18 Ausente ()

Classificação de Winter:

() Mesio angular () Transversal () Disto angular () Horizontal ()
Vertical () Vestibuloversão

Classificação de Pell & Gregory:

• Em relação ao plano oclusal: () Posição A () Posição B ()
Posição C

• Em relação ao ramo da mandíbula: () Classe I () Classe II ()
) Classe III

Classificação de Nolla:

DENTE 28 Ausente ()

Classificação de Winter:

() Mesio angular () Transversal () Disto angular () Horizontal ()
Vertical () Vestibuloversão

Classificação de Pell & Gregory:

• Em relação ao plano oclusal: () Posição A () Posição B ()
Posição C

• Em relação ao ramo da mandíbula: () Classe I () Classe II ()
) Classe III

Classificação de Nolla:

DENTE 38 Ausente ()

Classificação de Winter:

() Mesio angular () Transversal () Disto angular () Horizontal ()
Vertical () Vestibuloversão

Classificação de Pell & Gregory:

• Em relação ao plano oclusal: () Posição A () Posição B ()
Posição C

• Em relação ao ramo da mandíbula: () Classe I () Classe II ()
) Classe III

Classificação de Nolla:

DENTE 48 Ausente ()

Classificação de Winter:

() Mesio angular () Transversal () Disto angular () Horizontal ()
Vertical () Vestibuloversão

Classificação de Pell & Gregory:

• Em relação ao plano oclusal: () Posição A () Posição B ()

Posição C

• Em relação ao ramo da mandíbula: () Classe I () Classe II ()
) Classe III

Classificação de Nolla: