

**PREVALÊNCIA DAS POSIÇÕES DE TERCEIROS
MOLARES NOS MUNICÍPIOS DE CUNHA PORÃ,
MARAVILHA E PALMITOS, NO EXTREMO OESTE DE
SANTA CATARINA ***

**“THIRD MOLARS CLASSIFICATIONS PREVALENCE
IN THE CITIES OF CUNHA PORÃ, MARAVILHA AND
PALMITOS IN THE NORTHWEST OF
SANTA CATARINA STATE IN BRAZIL’**

CLÓVIS MARZOLA
ÉLISTON COMPARIN***
JOÃO LOPES TOLEDO FILHO******

* Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial pela APCD regional de Bauru - 2005

** Professor Titular de Cirurgia aposentado da USP de Bauru e Titular da UNIP de Bauru. Professor
do Curso de Especialização e Orientador da Pesquisa.

*** Autor da monografia apresentada e concluído do Curso.

**** Professor Titular de Anatomia da USP de Bauru e Professor do Curso de Especialização.

RESUMO

O presente trabalho propõe uma análise da prevalência da classificação de terceiros molares, nos municípios de Cunha Porã, Maravilha e Palmitos, no Extremo Oeste de Santa Catarina. Seguiram-se para os terceiros molares superiores e inferiores as classificações já propostas por alguns autores. Foram examinadas 585 ortopantomografias, 210 de pacientes do gênero masculino e, 375 de pacientes do gênero feminino. Um total de 1815 terceiros molares foi verificado, com o dente 18 (450), dente 28 (465), dente 38 (453) e, dente 48 (447). Os pacientes variaram numa faixa etária de 15-39 anos, sendo a maior prevalência de 390 pacientes com idade de 15-20 anos. Obteve-se maior prevalência para os terceiros molares superiores nas posições vertical, distal e medial respectivamente. Para os terceiros molares inferiores as posições vertical, medial e, horizontal respectivamente, juntamente com a Classe I C.

ABSTRACT

The current work proposes an analysis of the third molars classification prevalence, in the cities Cunha Porã, Maravilha and Palmitos, located in the extreme west of the state Santa Catarina, Brazil. Following to the upper third molars the classification until proposed by same authors. 585 panoramics radiographies were examined, 210 male patients and 375 female patients. Adding up 1815 third molars, tooth 18 (450), tooth 28 (465), tooth 38 (453), tooth 48 (447). The patient's ages are from 15 to 39 years, the biggest prevalence is 390 patients with the age of 15-20 years. Getting as the biggest prevalence to upper third molars the upright, medial and distal positions respectively. As well as to lower third molars the upright, medial, horizontal respectively, with the Group I C.

Unitermos: Terceiros molares inferiores retidos, terceiros molares superiores retidos, dentes retidos.

Uniterms: Third lowers retained molars, third upper retained molars, retained teeth.

INTRODUÇÃO

A prevalência e a frequência de dentes retidos é assunto que preocupa a maioria dos autores desde há muito tempo, todos querendo saber qual fator é aquele que mais tem a haver com esse tipo de patologia na cavidade bucal^(04, 19, 38, 49, 10, 50, 16, 04, 17, 14, 61, 41, 11, 3, 54, 09, 21, 33, 29, 56, 02, 62, 43, 53, 31, 06, 36, 18, 57, 60). Destaque especial sempre fica por conta da prevalência cada vez maior dos terceiros molares inferiores e superiores^(05, 03, 54, 38, 19, 10, 04, 17, 14, 61, 41, 11, 09, 21, 33, 29, 56, 02, 62, 53, 31, 35, 06, 36, 18, 57, 60). Os caninos retidos mostram-se muito frequentes, também, entretanto para poucos pesquisadores^(61, 09, 06). A agenesia dos terceiros molares inferiores, superiores, caninos e outros dentes, também, é muito destacada pela literatura^(07, 01, 26, 33, 51, 42, 46, 59, 47, 32).

O terceiro molar tem sido o dente mais discutido na literatura odontológica e, a grande questão sobre extraí-lo ou não deverá levar cada vez mais os profissionais da área a discutir essa manobra tão polêmica, planejar e estudar este

assunto, da mais alta importância para toda especialidade. Embora nem todos os terceiros molares causem problemas clínicos e até mesmo patológicos, cada um deles tem um grande potencial podendo estar associados com as pericoronarites, doenças periodontais, cáries, reabsorções dos segundos molares adjacentes como, também, com a formação de cistos e tumores ^(43, 22, 35, 58, 32, 28, 24, 52, 39, 37).

O cirurgião dentista normalmente possui muitas dificuldades em tomar a decisão de extrair ou não os terceiros molares assintomáticos, retidos ou não, bem como sua remoção profilática, que vem sendo amplamente debatida na literatura ⁽³⁷⁾. Com o advento da moderna ortodontia, discute-se cada vez mais sobre a permanência ou não dos terceiros molares. Podem ser encontrados autores que defendem ardorosamente a extração de todos os terceiros molares retidos ou não, sem o qual não consideram concluído o tratamento ortodôntico ⁽²⁷⁾. Em contrapartida os mais conservadores acreditam que sendo mantidos, poderão muitas vezes ser um elemento muito útil em ancoragens ortodônticas, suporte protético, ou até mesmo na substituição de elementos dentais como nos transplantes ^(32, 37, 24).

A Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial que caminha cada vez mais para procedimentos estéticos e correções de deformidade dento faciais, como a popularização da cirurgia ortognática, está deixando, muitas vezes de lado, as cirurgias bucais que poderiam ser até menos complexas. Os cirurgiões esquecem-se de que são estes os procedimentos diários na clínica e que, só nos Estados Unidos são gastos anualmente, mais de meio bilhão de dólares com cirurgias de dentes retidos.

O objetivo principal dessa pesquisa foi aquele de fazer um levantamento radiográfico, utilizando radiografias ortopantomográficas para o estabelecimento da prevalência da classificação de terceiros molares inferiores e superiores numa região do Extremo Oeste de Santa Catarina, comparando os resultados obtidos com aqueles encontrados na literatura.

Através das classificações tradicionais ^(48, 63), além de modificadas ^(33, 34), procurou-se saber da prevalência de terceiros molares inferiores e superiores na clínica particular do autor nos municípios de Cunha Porã, Maravilha e Palmitos situados no Extremo Oeste de Santa Catarina. Será observado com isso se esta prevalência sofre algum tipo de influência com relação à idade, gênero além de grupos étnicos.

A importância desse trabalho está refletida na literatura com trabalhos de alto nível, mostrando que essa prevalência é e, será sempre motivo de grande previsibilidade pelos autores. Justifica-se, pela sua falta na literatura brasileira com esse tipo de material, principalmente pela região em que foi efetuada.

REVISTA DA LITERATURA

No presente estudo foram adotadas as classificações para terceiros molares inferiores e superiores ^(48, 63) com modificações ^(33, 34).

A classificação de **WINTER (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33, 34) para os terceiros molares inferiores é a seguinte (**Figs. 1 e 2**):

1. *Posição vertical*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver paralelo ao longo eixo do segundo molar inferior.

2. *Posição medial*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver em posição medial, relacionado com o segundo molar inferior.

3. *Posição distal*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver em posição distal ao do segundo molar inferior.

4. *Posição labial*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver em posição labial, ou vestibularmente ao do segundo molar inferior.

5. *Posição lingual*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver em posição lingual ao do segundo molar inferior.

6. *Posição horizontal*, quando o longo eixo do terceiro molar inferior estiver perpendicular ao do segundo molar inferior.

7. *Posição invertida*, quando a coroa do terceiro molar inferior estiver em posição contrária à do segundo molar inferior.

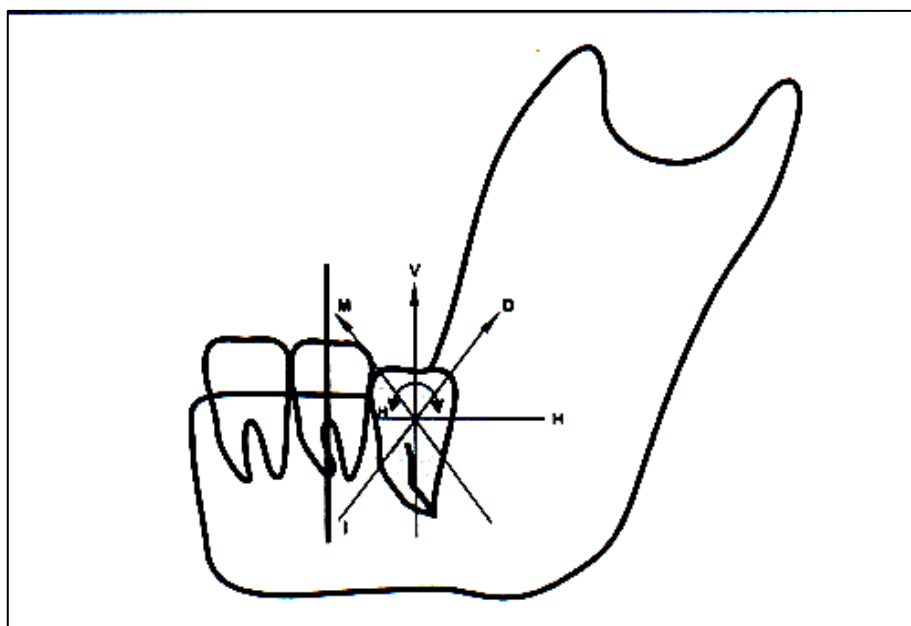


Fig. 1 - Classificação proposta por WINTER (1926) ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

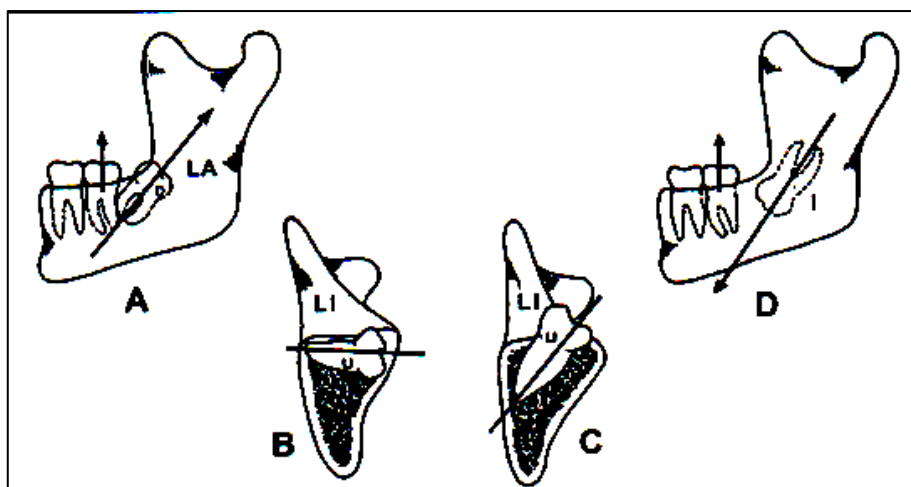


Fig. 2 – Posições labial (A), lingual (B e C) e invertida (D), de retenção de terceiros molares inferiores (WINTER, 1926) ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

A classificação de **PELL; GREGORY (1933)** ⁽⁴⁸⁾ relaciona o terceiro molar inferior com a borda anterior do ramo mandibular, além de sua profundidade no arco dental (**Fig. 3**):

1. *Relação do terceiro molar inferior retido com a borda anterior do ramo mandibular, podendo ser:*

1.1 *Classe I*, quando há espaço suficiente ente a borda anterior da mandíbula e a face distal do segundo molar inferior, para acomodar a coroa do terceiro molar inferior.

1.2 *Classe II*, quando o espaço existente entre a borda anterior do ramo mandibular e a face distal do segundo molar inferior é menor do que o diâmetro méso-distal da coroa do terceiro molar inferior.

1.3 *Classe III*, quando o terceiro molar inferior encontra-se totalmente no ramo mandibular pela total falta de espaço no arco alveolar.

2. *Profundidade relativa do terceiro molar inferior no osso mandibular*. Esta profundidade relaciona-se com a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior com a face oclusal do segundo molar inferior.

2.1 *Posição A*, quando a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se ao mesmo nível ou acima da face oclusal do segundo molar inferior.

2.2 *Posição B*, quando a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se abaixo da linha oclusal do segundo molar inferior, mas acima da cervical desse mesmo dente.

2.3 *Posição C*, quando a porção mais alta da face oclusal do terceiro molar inferior encontra-se ao mesmo nível ou abaixo da linha cervical do segundo molar inferior.

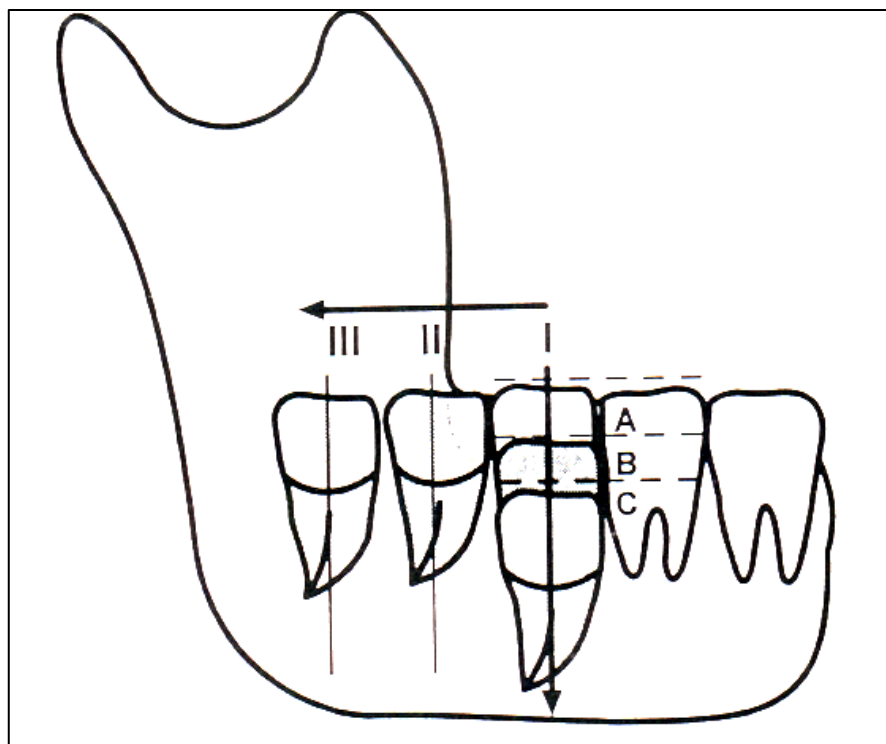


Fig. 3 – Classificação de **PELL; GREGORY (1933)** ⁽⁴⁸⁾ para terceiros molares inferiores retidos, de acordo com a profundidade no arco dental e, se há ou não espaço para acomodá-lo ⁽³²⁾.

Para os terceiros molares superiores, foi seguida a classificação de **WINTER (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34) notando-se (**Fig. 4**):

1. *Posição vertical*, quando o eixo do terceiro molar superior encontra-se paralelo ao do segundo molar superior.

2. *Posição medial*, quando o longo eixo do terceiro molar superior está dirigido para a medial em relação ao segundo molar.

3. *Posição horizontal*, quando o longo eixo do terceiro molar superior está perpendicular ao do segundo molar.

4. *Posição labial e lingual*, conforme o longo eixo encontra-se dirigido para labial ou lingual.

5. *Posição distal*, quando o longo eixo do terceiro molar superior está dirigido para distal em relação ao do segundo molar.

6. *Posição paranormal*, assim denominada quando o terceiro molar superior ocupa outras posições que não se enquadrem nessa classificação.

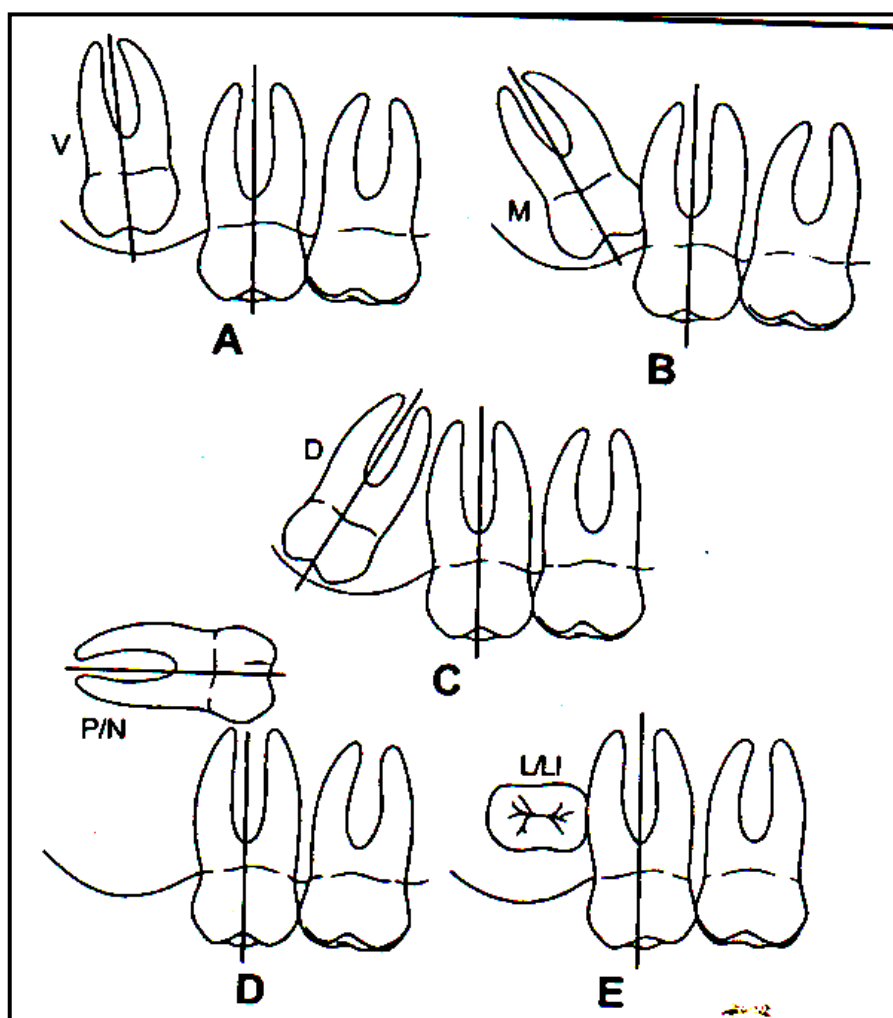


Fig. 4 – Classificação dos terceiros molares superiores retidos de acordo com **WINTER (1926)** ⁽⁶³⁾, posição vertical (A), medial (B), distal (C), paranormal (D), para labial ou lingual (E) ⁽³²⁾.

O estudo da classificação e frequência de terceiros molares retidos ou não, tem despertado pouco interesse nos pesquisadores atuais, talvez pelo fato desse assunto já haver sido amplamente pesquisado num passado não muito distante, desmotivando assim, novas investigações⁽³⁷⁾. Entretanto faz-se necessário revisar se aqueles resultados encontrados no passado podem ainda ser extrapolados para os dias de hoje, com toda sua magnificência.

3.1 Estudos sobre as posições de terceiros molares inferiores retidos:

Num estudo realizado com mil (1.000) pacientes aqui no Brasil, foi encontrado que a posição mais freqüente de terceiros molares inferiores retidos era a medial com uma freqüência de 58%⁽¹⁷⁾.

Na Índia este estudo realizado com quinhentos e vinte e cinco (525) dentes retidos, observou-se que os terceiros molares inferiores encontravam-se mais freqüentes na posição medial, independente do gênero masculino ou feminino⁽⁴¹⁾.

Em Ribeirão Preto (SP) na Clínica da Faculdade de Odontologia da USP, foi efetuado um estudo com mil (1.000) pacientes, sobre o percentual de terceiros molares inferiores retidos⁽²¹⁾. Obtiveram-se como posições mais freqüentes, a vertical com 44%, a horizontal com 29,4% e, a medial com 26,5%. Resultados semelhantes foram encontrados quatro anos mais tarde na mesma Clínica em Ribeirão Preto (SP)⁽⁵⁶⁾.

No mesmo ano observou-se que a posição mais freqüente de terceiros molares inferiores retidos era a classe II e a posição A, além da vertical⁽⁴⁴⁾.

Num estudo realizado com mil setecentos e sessenta (1760) pacientes foi observada a posição dos terceiros molares inferiores retidos, notando-se a posição medial com 53,2% como a mais freqüente, seguida pela vertical com 21,4% e, a horizontal com 21,2%. A raça branca na posição medial foi aquela mais freqüente com 55,9%^(33,34).

Demonstrou-se num estudo que a posição mais freqüente em terceiros molares inferiores era a medial com 42,25%⁽²⁹⁾. Da mesma forma que em outra pesquisa onde foi notado que, também, a posição mais freqüente foi a medial com 42,01%, seguida da vertical com 40,78%⁽⁴⁰⁾. Contrariando estes trabalhos foi constatado ser a posição vertical com 34,56% aquela mais freqüente para os terceiros molares inferiores, seguida da medial com 32,36% e, a horizontal com 25%⁽⁶²⁾.

Em pesquisa realizada com noventa e três (93) alunos da Faculdade de Odontologia de Alfenas (MG) obtiveram-se para os terceiros molares inferiores a posição medial com 60% juntamente com a posição B como aquelas mais freqüentes⁽³⁰⁾.

Trabalho desenvolvido em pacientes da unidade de odontologia do hospital das forças armadas, concluiu que em cento e dezoito (118) pacientes examinados, obtiveram-se quarenta e quatro (44) pacientes do gênero masculino e, setenta e quatro (74) pacientes do gênero feminino. Cento e setenta e oito (178) retenções de terceiros molares inferiores, sendo a maior prevalência no gênero feminino. As posições mais freqüentes foram a medial com sessenta e três por cento (63%), a vertical com vinte por cento (20%) e, a horizontal com doze por cento (12%)⁽³¹⁾.

Em estudos sobre terceiros molares inferiores na Suécia, encontrou-se como mais freqüente a posição horizontal com 41% e, a vertical com 20%⁽¹⁵⁾.

Pesquisa realizada em pacientes de clínica particular em Bauru no ano de 1990, constatou que a posição mais freqüente para terceiros molares inferiores retidos ou semi-retidos foi a medial, seguida da vertical, horizontal, como também classe II e a posição B ⁽³⁶⁾. O autor cita ainda a posição medial, juntamente com a classe II e a posição B, como aquelas mais freqüentemente encontradas ^(36,37).

Foram avaliadas as posições mais freqüentes de terceiros molares retidos com base em radiografias panorâmicas e periapicais e, apesar da amostragem ser pequena, avaliaram duzentos e nove (209) dentes e, concluíram que a angulação mais freqüente foi a medial e, que as posições mais comuns foram as classes II e B ⁽¹⁴⁾.

Em estudo realizado com seiscentos e trinta e oito (638) pacientes, com quatrocentos e vinte (420) do gênero feminino e, duzentos e dezoito (218) do gênero masculino. A idade dos pacientes variou de dez a setenta e três (10-73) anos. Nas radiografias puderam ser avaliados quinhentos e sete (507) terceiros molares inferiores, localizando-se duzentos e sessenta (260) do lado direito e duzentos e quarenta e sete (247) do lado esquerdo. Obtiveram como posição mais freqüente a medial, classe II B com 22% ⁽¹⁸⁾.

Pesquisa desenvolvida na Clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP no período de 1992-1997, estudando oitocentos (800) dentes inferiores não irrompidos conclui que quando não se considera a idade dos pacientes, a posição mais freqüente dos terceiros molares inferiores não irrompidos é a vertical. A freqüência de terceiros molares inferiores na posição medial é maior em pacientes mais jovens, diminuindo à medida que a idade dos pacientes aumenta. A freqüência das demais posições dos terceiros molares inferiores não irrompidos não se altera com a idade ⁽⁵⁷⁾.

Estudando-se a incidência de terceiros molares retidos em relação à posição de Winter, foi obtido após avaliarem-se quatrocentos e cinquenta (450) ortopantomografias, mil trezentos e cinquenta e oito (1358) terceiros molares de ambos os gêneros. Com a idade variando de vinte e um a vinte e cinco (21-25) anos, a posição vertical com 45% foi aquela mais freqüente ⁽⁶⁰⁾.

3.2 Estudos sobre as posições de terceiros molares superiores retidos:

Para os terceiros molares superiores notou-se que a posição mais freqüentemente encontrada foi a distal com 75,5% ⁽¹⁷⁾.

Na Índia examinando quinhentos e vinte e cinco (525) dentes retidos constatou-se que os terceiros molares superiores encontravam-se com maior freqüência na posição vertical, seguida das posições medial e distal ⁽⁴¹⁾.

Foi encontrada a posição vertical como sendo a mais freqüente em estudo realizado na Suécia ⁽⁴⁴⁾.

Numa pesquisa com terceiros molares superiores, onde foram examinados mil setecentos e sessenta (1760) pacientes, foi encontrada a posição medial com 39,9% como sendo aquela mais freqüente, seguida da vertical com 36% e, da distal com 23,3%, sendo maior a predominância no gênero masculino. Com relação à raça observaram que na raça amarela que a posição medial com 42,5% foi a preponderante ^(33,34).

Para alguns autores ⁽⁴⁰⁾ a posição vertical é muito mais freqüente com 68,32%, a distal com 17,05% e, a medial com 13,37%. Isso, contrariando estudos ⁽³⁰⁾

onde observaram ser a posição distal com 58,45% aquela mais freqüente. Encontram-se ainda trabalhos em que se relatam casos atípicos de terceiros molares superiores retidos em posição invertida ^(20, 32).

Num estudo sobre a remoção ou não de dentes retidos, foi constatado que a prevalência de terceiros molares retidos foi estudada mais intensamente nos anos cinquenta, com amostras de grupos de estudantes na Escandinávia e Grécia. Nesses locais foram encontrados respectivamente índices de retenção dental na faixa de 17,5% e 25% ⁽⁵⁵⁾.

Ao serem analisados estudos de doze anos de acompanhamento com terceiros molares retidos, concluiu-se que 22% de irrompimento parcial e não irrompimento de terceiros molares foram encontrados e, que o grau de inclinação seria um fator significativo para determinar se o terceiro molar faria seu irrompimento ou não. Ainda, que o tempo de irrompimento dos terceiros molares variava grandemente entre os indivíduos e as populações estudadas ⁽²⁴⁾.

Estudando a prevalência de cistos e tumores próximos a terceiros molares retidos, observou-se em dez anos de estudo, nove mil novecentos e noventa e quatro (9.994) terceiros molares que foram removidos de sete mil quinhentos e oitenta e dois (7.582) pacientes. Foram observados nestes pacientes duzentos e trinta e um (231) cistos (2,31%) e, setenta e nove (79) tumores (0,79%), sendo a prevalência de cistos e tumores ao redor de terceiros molares retidos na ordem de 3,10% ⁽²³⁾.

O terceiro molar por ser o último dente a iruir, é muito susceptível a tornar-se retido, notando-se grandes índices de retenções dentais em países industrializados da Europa e América do Norte em comparação com baixos índices de retenções em países menos industrializados. Para os países industrializados estes índices podem variar de 9,5% a 25% ⁽⁴⁵⁾.

Pesquisa comparando terceiros molares em áreas rurais e urbanas do Sudoeste da Nigéria observou que foram examinados dois mil e quatrocentos (2.4000) pacientes (1.200 da área urbana e 1.200 da área rural), com idade maior ou igual há vinte anos, através de observações clínicas e de radiografias periapicais. Obtiveram um índice de sete vezes mais retenções na área urbana em comparação com a rural. A idade de retenção na zona urbana era variável enquanto que na zona rural 86,5% tinham entre 20 e 25 anos ⁽⁴⁵⁾. Em relação à angulação para os terceiros molares inferiores 49% da zona urbana foram mediais, do mesmo modo que 54% o foram na zona rural. Para os terceiros molares superiores a posição vertical foi a mais freqüente na zona urbana com 68,6% e na zona rural com 62,5% ⁽⁴⁵⁾.

Estudo realizado sobre a prevalência de terceiros molares retidos em pacientes ortodonticamente tratados com e sem extrações dos quatro pré-molares, concluiu-se que diminuiu significativamente a retenção de terceiros molares em pacientes tratados com exodontias dos quatro pré-molares ⁽²⁷⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram examinadas quinhentos e oitenta e cinco (585) radiografias ortopantomográficas, das clínicas particulares do autor, situadas nas cidades de Cunha Porã, Maravilha e Palmitos no Extremo Oeste de Santa Catarina.

Amostragem de mil oitocentos e quinze (1815) terceiros molares na faixa etária de 15-39 anos, dos gêneros masculino e feminino, sendo os dentes

ordenados de acordo com as classificações (WINTER, 1926 e PELL; GREGORY, 1933 e)^(63, 48) (MARZOLA, 1968)^(33, 34).

Para a aferição da classificação dos dentes retidos foram utilizados três cirurgiões dentistas, sendo dois deles clínicos gerais e, um estudante do curso de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da APCD regional de Bauru. Antes de iniciarem o estudo houve um processo de calibração dos examinadores e, para a compilação dos resultados foi utilizado um formulário especialmente confeccionado. Os resultados obtidos foram transformados em índice de porcentagem para melhor comparação com a literatura vigente.

RESULTADOS

Os resultados obtidos podem ser expressos nas seguintes tabelas e gráficos.

Tabela 1 - Resultado do número de pacientes

Número de pacientes	585
Gênero Masculino	210
Gênero Feminino	375

Gráfico I - Resultado do número de pacientes examinados.

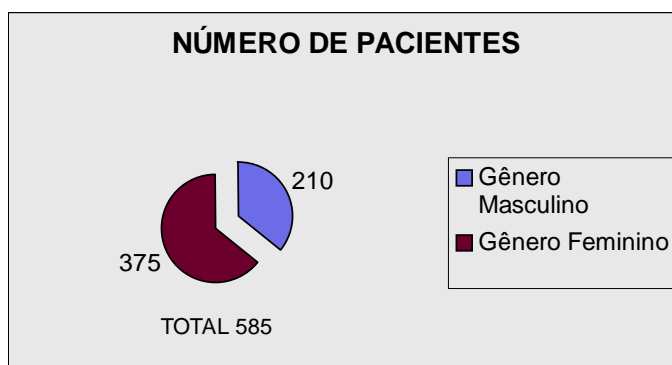


Tabela 2 – Quanto ao número de dentes retidos.

Número de dentes	1815
Dente 18	450
Dente 28	465
Dente 38	453
Dente 48	447

Gráfico II - Resultado quanto ao número de dentes.

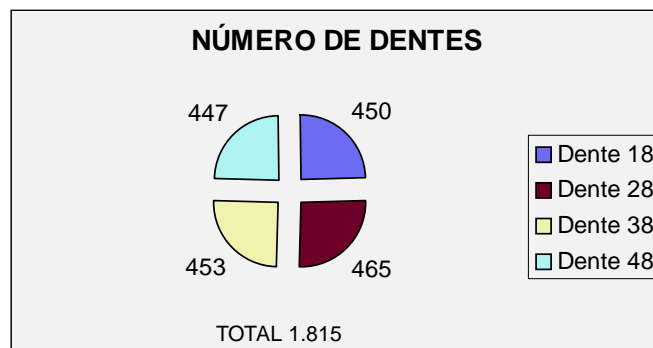


Tabela 3 - Quanto à idade dos pacientes examinados

Idade	Número de pacientes
Idade 15-20 anos	390
Idade 21-25 anos	138
Idade 26-30 anos	33
Idade 31-35 anos	12
Idade 36-39 anos	12

Gráfico III - Resultado quanto à idade dos pacientes examinados.

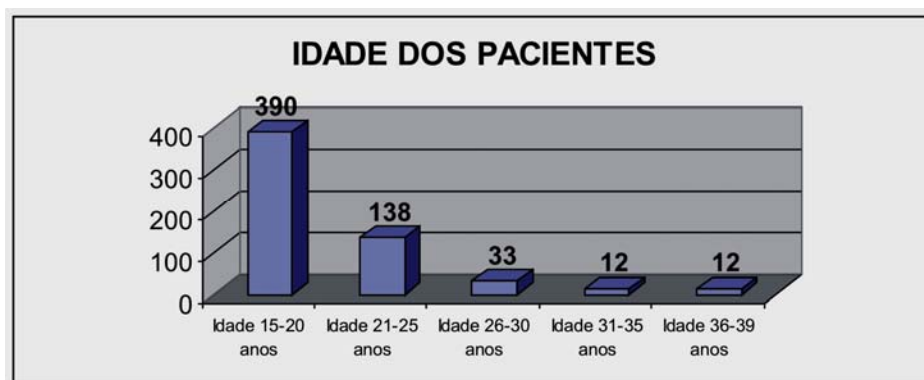


Tabela 4 – Quanto às posições dos Terceiros Molares Superiores Direitos (18).

Posição	Número de dentes	Porcentagem (%)
Posição Vertical	282	62,66%
Posição Medial	54	12%
Posição Distal	114	25,33%
TOTAL	450	99,99%

Análise pela classificação de **Winter (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

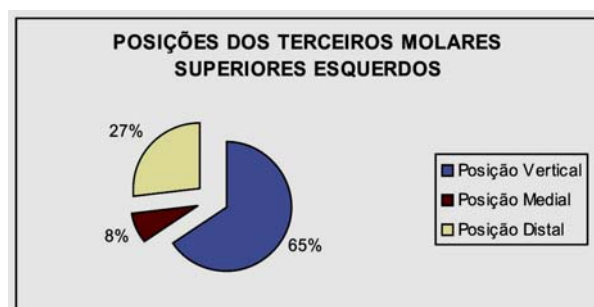
Gráfico IV - Resultado quanto às posições dos Terceiros Molares Superiores Direitos (18).

Análise pela classificação de **Winter (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

Tabela 5 – Quanto às posições dos Terceiros Molares Superiores Esquerdos (28).

Posição	Número de dentes	Porcentagem (%)
Posição Vertical	303	65,16%
Posição Medial	36	7,74%
Posição Distal	126	27,10%
TOTAL	465	100%

Análise pela classificação de **Winter (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

Gráfico V - Quanto às posições dos Terceiros Molares Superiores Esquerdos (28).

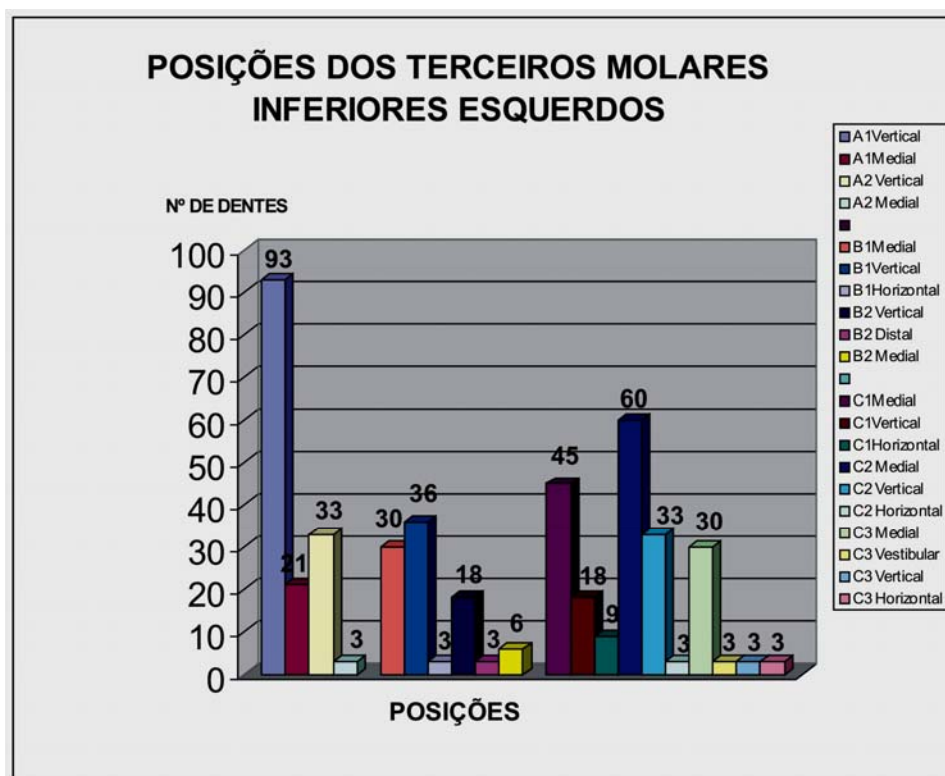
Análise pela classificação de **Winter (1926)** ⁽⁶³⁾ modificada ^(33,34).

Tabela 6 – Quanto às posições dos Terceiros Molares Inferiores Esquerdos (38).

Posições	Número Dentes	Porcentagem (%)
A1 Vertical	93	20,52
A1 Medial	21	4,63
A2 Vertical	33	7,28
A2 Medial	03	0,66
B1 Medial	30	6,62
B1 Vertical	36	7,94
B1 Horizontal	03	0,66
B2 Vertical	18	3,97
B2 Distal	03	0,66
B2 Medial	06	1,32
C1 Medial	45	9,93
C1 Vertical	18	3,97
C1 Horizontal	09	1,98
C2 Medial	60	13,24
C2 Vertical	33	7,28
C2 Horizontal	03	0,66
C3 Medial	30	6,62
C3 Vestibular	03	0,66
C3 Vertical	03	0,66
C3 Horizontal	03	0,66
TOTAL	453	99,93

Pela classificação de **Pell; Gregory (1933)** ⁽⁴⁸⁾, **Winter (1926)** ^(63, 33, 34).

Gráfico VI - Resultado quanto às posições dos Terceiros Molares Inferiores Esquerdos (38).



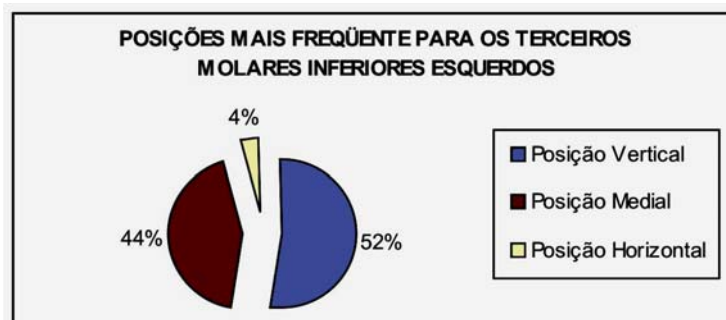
Análise pela classificação de **Pell; Gregory (1933)** ⁽⁴⁸⁾, **Winter (1926)** ^(63, 33, 34).

Tabela 7 – Para os dentes 38 as classificações mais frequentes.

Posições	Porcentagem (%)
Posição Vertical	51,62 %
Posição Medial	43,02 %
Posição Horizontal	3,96 %
Posição Distal	0,66 %
Posição Vestibular	0,66 %
Classe I	56,25 %
Classe II	35,07 %
Classe III	8,60 %
Posição A	33,09 %
Posição B	21,17%
Posição C	45,66%

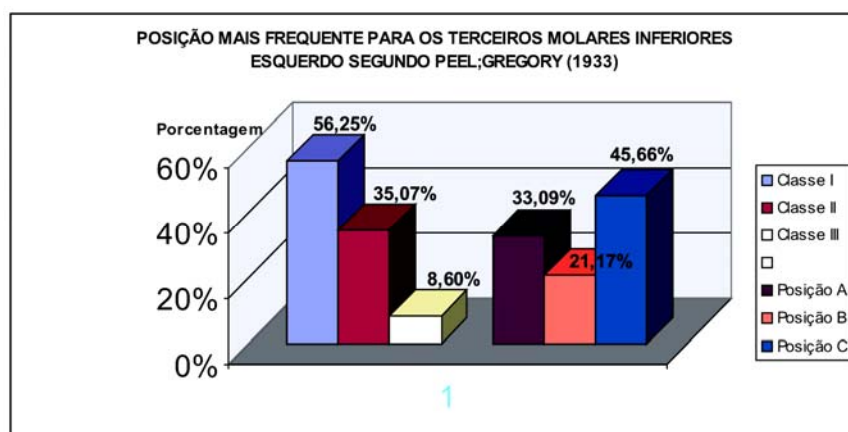
Análise classificação **Pell; Gregory (1933)** ⁽⁴⁸⁾, **Winter (1926)** ^(63, 33, 34).

Gráfico VII. 1 - Quanto às posições mais freqüentes dos Terceiros Molares Inferiores Esquerdos (38).



Análise pela classificação de **Winter (1926)** ^(63, 33, 34).

Gráfico VII. 2 - Quanto à posição mais freqüente dos terceiros molares inferiores esquerdo.



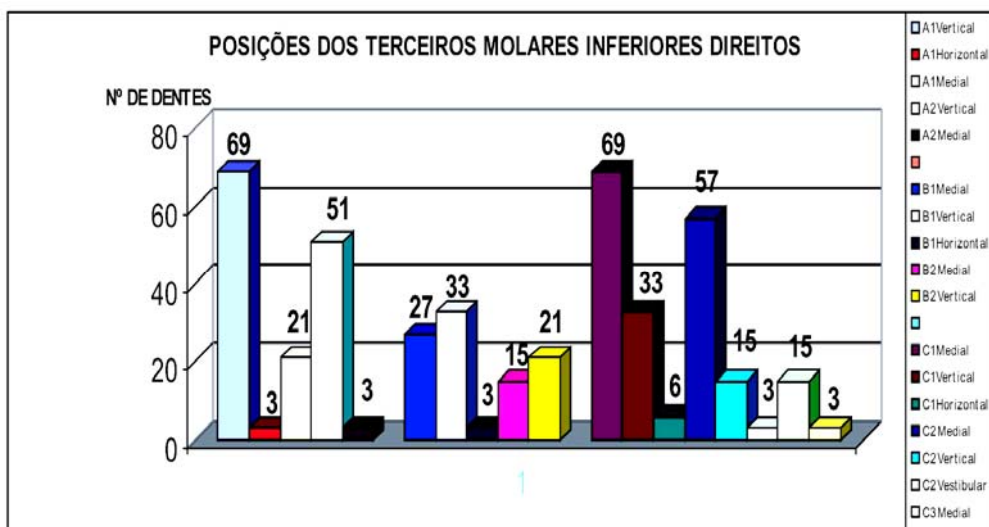
Análise pela classificação de **Pell; Gregory (1933)** ⁽⁴⁸⁾, **Winter (1926)** ^(63, 33, 34).

Tabela 8 – Quanto às posições dos Terceiros Molares Inferiores Direitos (48).

Posições	Número de Dentes	Porcentagem (%)
A1 Vertical	69	16,65
A1 Horizontal	03	0,67
A1 Medial	21	4,69
A2 Vertical	51	11,40
A2 Medial	03	0,67
B1 Medial	27	6,04
B1 Vertical	33	7,38
B1 Horizontal	03	6,67
B2 Medial	15	3,35
B2 Vertical	21	4,69
C1 Medial	69	15,65
C1 Vertical	33	7,38
C1 Horizontal	06	1,34
C2 Medial	57	12,75
C2 Vertical	15	3,35
C2 Vestibular	03	0,67
C3 Medial	15	3,35
C3 Vertical	03	0,67
TOTAL	447	100

Análise classificação **Pell; Gregory (1933)** ⁽⁴⁸⁾, **WINTER (1926)** **(MARZOLA, 1968)** ^(63, 33, 34).

Gráfico VIII - Quanto às posições dos Terceiros Molares Inferiores Direitos (48)



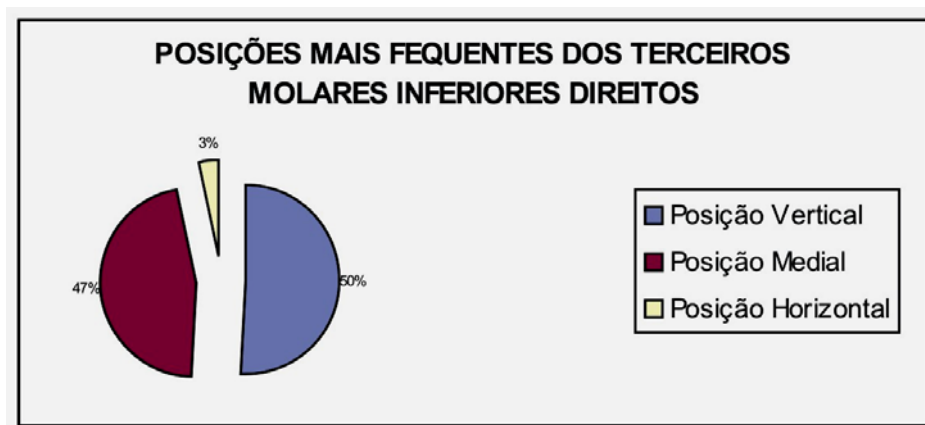
Análise classificação Pell; Gregory (1933)⁽⁴⁸⁾, Winter (1926)^(63, 33, 34).

Tabela 9 – Para os dentes 48 as classificações mais frequentes.

Posições	Porcentagem (%)
Posição Vertical	50,52 %
Posição Medial	46,50 %
Posição Horizontal	2,68 %
Posição Vestibular	0,67 %
Classe I	59,47 %
Classe II	36,88 %
Classe III	4,02 %
Posição A	33,08 %
Posição B	22,13 %
Posição C	45,16 %

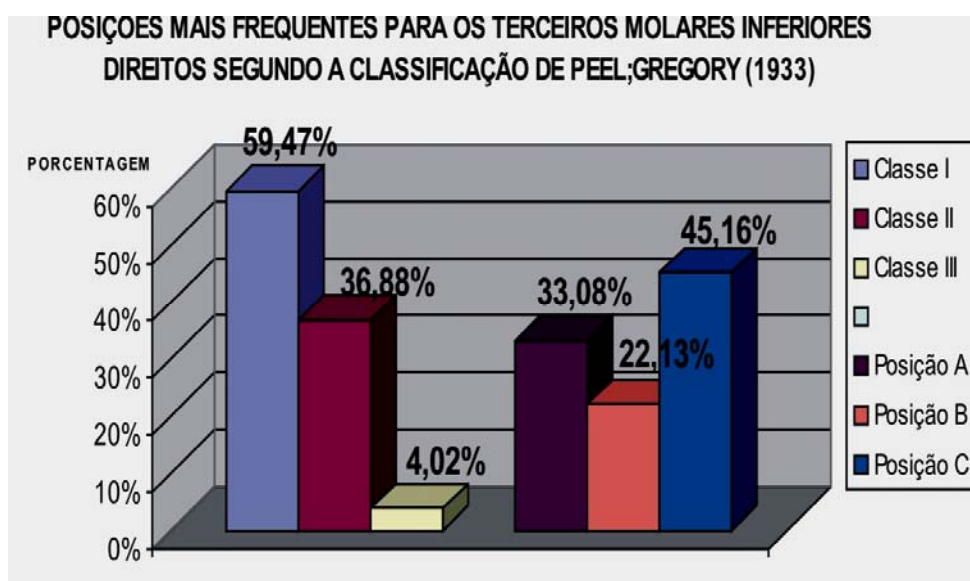
Análise classificação Pell; Gregory (1933)⁽⁴⁸⁾, Winter (1926)^(63, 33, 34).

Gráfico IX. 1 – Posições mais frequentes de terceiros molares inferiores direitos.



Análise pela classificação de Winter (1926) ^(63, 33, 34).

Gráfico IX. 2 - Posição mais frequente de terceiros molares inferiores direitos.



Análise segundo a classificação de PELL; GREGORY (1933) ⁽⁴⁸⁾, Winter (1926) ^(63, 33, 34).

DISCUSSÃO

Nossa amostragem contou com um significativo aumento de pacientes do gênero feminino (375), quando comparado com aqueles do gênero masculino (210). Este fato explica-se como uma clara evidência, pois na sociedade atual, as mulheres estão cada vez mais preocupadas com sua saúde geral, com sua saúde bucal e, com a beleza de seu sorriso. Lembrando sempre que estética e padrões de beleza são preponderantes na sociedade atual.

Este resultado vai de encontro a algumas pesquisas ^(08, 25, 12) que, também, encontraram maior frequência de terceiro molares retidos no gênero feminino, contrapondo-se, entretanto a determinados autores ^(33, 34) que encontraram maior prevalência no gênero masculino.

Esta maior prevalência de dentes retidos no gênero feminino deve-se ao fato dos maxilares terminarem seu período de crescimento em mulheres, na época de irrupção dos terceiros molares que, conseqüentemente, não encontra espaço suficiente e impacta ⁽²⁵⁾. Já nos homens, o crescimento ósseo estende-se além do período de irrupção ⁽²⁵⁾.

O grande número de pacientes na faixa etária dos 15-20 anos (390) e dos 21-25 (138) deve-se provavelmente ao fato de que a população jovem está tentando resolver os seus problemas de saúde bucal mais precocemente.

Nesta pesquisa estudou-se uma amostragem de quinhentos e oitenta e cinco (585) pacientes obtendo-se mil oitocentos e quinze (1815) terceiros molares, obtendo-se uma média geral de 3,10 dentes terceiros molares por pacientes. Quando se analisa os dados obtidos para os terceiros molares superiores direito (dente 18) e, terceiro molar superior esquerdo (dente 28) nota-se que ambos possuem praticamente a mesma frequência de classificação, sendo que o dente 18 apresentou 62,66% para a posição vertical, 12% para a medial e, 25,33% para a posição distal. O dente 28 apresentou 65,16% para a posição vertical, 27,10% para a posição distal e 7,74% para a posição medial. Esses dados corroboram os encontrados na literatura ⁽⁴¹⁾, sendo que estes encontraram como sendo a segunda posição mais freqüente a medial, e nós a distal.

Os achados da presente pesquisa, também, vão de encontro a outro trabalho ⁽⁴⁴⁾ que obteve como mais freqüente a posição vertical. Isso vem reafirmar outro estudo ⁽⁴⁰⁾ que encontrou a posição vertical como sendo mais freqüente que qualquer outra 68,32%, seguida da distal 17,05% e da medial 13,37%.

Os achados da presente investigação, concordam ainda com pesquisas levadas a efeito na Nigéria ⁽²⁷⁾, onde foi observado que a posição vertical para os terceiros molares superiores foi aquela mais encontrada na Zona Urbana 68,6% e 62,5% na Zona Rural. Entretanto são contrários àqueles estudos ⁽¹⁷⁾ onde foi encontrado que a posição distal com 75,5% como aquela mais freqüente, além de outros ⁽³⁰⁾ que, também, verificaram a posição distal como sendo aquela mais freqüente em 58,45% dos casos.

Contrariando outras pesquisas ^(33, 34), onde se encontrou a posição medial com 39,9% como sendo aquela mais freqüente, sendo que em nossa pesquisa notou-se como aquela de menor freqüência, seguida pela vertical 36% que aqui foi aquela mais freqüente com 62,66% e, a distal com 23,30%, com aproximadamente os mesmo valores por nós encontrados 25,33%. Todos esses autores encontraram como

gênero predominante o masculino e, na presente investigação foi constatado o feminino.

Para os terceiros molares inferiores, serão analisados os dois dentes de maneira conjunta, tendo em vista que os índices de porcentagem foram semelhantes. Para o dente 38, conforme se observa pela **Tabela LIII. 6** as posições mais freqüentes foram: A1 Vertical com 20,52%; C2 Medial com 13,24%; C1 Medial com 9,93%; B1 Vertical com 7,94%; A2 Vertical e C2 Vertical com 7,28%. Para o dente 48, pela **Tabela LIII. 8** notam-se como posições mais freqüentes: A1 Vertical e C1 Medial com 15,65%; C2 Medial com 12,75%; A2 Vertical com 11,40% e B1 Vertical com 7,38%.

Analisando as classificações separadamente observa-se que de acordo com as classificações padronizadas ^(63, 33, 34) nesta pesquisa encontrou-se que as posições mais freqüentes foram a vertical, a medial, a horizontal, a distal e a vestibular. Isto vem a concordar de maneira parcial com dados encontrados ^(21, 56) que notaram ser a posição mais freqüente a vertical com 44,1%, seguida da horizontal com 29,4% e, da medial com 26,5%.

Os achados da presente investigação vem corroborar estudos ^(44, 62), que encontraram 34,56% dos dentes para a posição vertical, 32,36% para a posição medial e, 25% para a horizontal. Estão, também, de acordo com os trabalhos de alguns autores ^(57, 60). Foram, entretanto contrários a alguns estudos ⁽¹⁷⁾, que verificaram ser a posição medial aquela com maior freqüência com 58%, sendo que, também foi constatado que a posição medial era aquela como maior freqüência ⁽⁴¹⁾. Isso tudo da mesma maneira que foi obtido como mais freqüente as posições medial com 53,2%, a posição vertical com 21,4%, e a posição horizontal com 21,2% ^(33, 34). Evidencia-se que, também, que foi encontrada determinada predominância na posição medial com 42,25% ⁽²⁹⁾, enquanto que outros pesquisadores constataram como sendo mais freqüente a posição medial com 42,01% e a posição vertical com 40,78% ⁽⁴⁰⁾. Do mesmo modo foi notada a posição medial com 60% como aquela mais freqüente ⁽³⁰⁾.

Foi observado em pesquisas que a posição mais freqüentemente encontrada foi a medial, seguida da vertical e horizontal ^(36, 32). Na Nigéria constatou-se como sendo a posição mais freqüente a medial para Zona Urbana 49% e para Zona Rural 54% ⁽⁴⁵⁾. Concordam ainda como sendo a posição medial a mais freqüente determinadas pesquisas ^(31, 13, 18). Entretanto, discordam com outros pesquisadores que encontraram a posição horizontal com 41% e a vertical com 20%, como as posições mais freqüentes ⁽¹⁵⁾.

Segundo classificação ⁽⁴⁸⁾, para os dentes 38 e 48 encontrou-se respectivamente:

Classificação	Dente 38	Dente 48
Classe I	56,25%	59,47%
Classe II	35,07%	36,88%
Posição A	33,09%	33,08%
Posição B	21,17%	22,13%
Classe III	8,60%	4,02%

Sendo, portanto a Classe I como a mais freqüente juntamente com a posição C. Esses dados são contraditórios a alguns achados que obtiveram⁽⁴⁴⁾ como mais freqüente a Classe II e a posição A, contrariando, também, outros autores^(30,36,32,13,18) que obtiveram a Classe II e a posição B como aquelas mais freqüente.

O fato dos resultados da presente pesquisa discordarem com determinados autores, levam a acreditar em varias possibilidades. O fato de o extremo oeste catarinense haver sido colonizado por descendentes de origem italiana e alemã, quase que exclusivamente, poderia haver influenciado quanto ao padrão facial dos pacientes. Além disso, os hábitos de higiene bucal adequados, tendo como consequência a manutenção de todos os dentes permanentes na boca possibilitariam um maior número de retenções dentais por falta de espaço para seu correto irrompimento.

O fato de a maioria da amostragem da presente investigação haver sido de pacientes jovens na faixa etária entre 15-20 anos, pode parecer e levar a acreditar que os jovens estão cada vez mais preocupados com sua saúde bucal. Isso parece sugerir que com o passar dos anos estes dentes que hoje se apresentam retidos, poderão mudar sua classificação quanto ao seu posicionamento na arcada, podendo inclusive irromper⁽²⁴⁾.

CONCLUSÕES

Baseado nos resultados encontrados pode-se concluir que:

1. A posição mais freqüente para terceiros molares superiores nessa amostragem é respectivamente vertical, distal e medial, segundo as classificações propostas.

2. As posições mais freqüentes para os terceiros molares inferiores são respectivamente a vertical, a medial e a horizontal.

3. A posição mais freqüente para terceiros molares inferiores é Classe I C.

4. Observou-se maior prevalência de pacientes do gênero feminino 64,10%, em relação aos pacientes do gênero masculino 35,90%.

5. Para ambos os gêneros as posições mais freqüentes para terceiros molares superiores e inferiores foi a vertical e, a Classe I C.

6. Obteve-se como faixa etária mais freqüente aquela dos 15-20 anos com 66,66% e, para esta faixa etária as posições Vertical e Classe I C como aquelas mais freqüentes.

REFERÊNCIAS

01. ADLER, P.; HRADECKY, C. Agensis of the wisdom tooth. *Anthrop. Kozlem.*, v. 7, n. 3-4, p. 139-47, 1963.
02. AITASALO, K.; LEHTINEN, R.; OKSALA, E. An orthopantomographic study of prevalence of impacted teeth. *J. Oral Surg.* v. 1, p. 117-20, 1972.
03. BERTEN-CIESZYNSKI, *apud* RIES CENTENO, G. A., 1964.
04. BJORK, A.; JENSEN, E.; PALLING, M. Mandibular growth and third molar impactation. *Acta Odont. Scand.* v. 14, p. 231-72, 1956.
05. BLUM, T. Malposed teeth: their classification pathology and treatment. *Int. J. Orthodont. Oral Surg. Radiol.* v. 9, p. 122-37, 1923.

06. BRACCO, P. Etiopatogenesi e classificazione delle inclusioni dentali. *Mondo Orthodont.*, p 9-39, 1989.
07. BREKHUS, P. J. *et al.*, A study of the pattern and combination of congenitally missing teeth in man. *J. dent. Res.* v. 23, p. 117-31, 1944.
08. BRUCE, R. A.; FREDERICKSON, G. C.; SMALL, G. S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J. Amer. Dent. Ass.* v. 101, n. 2, p. 240-5, aug., 1980.
09. CHANTEL, P. A. Contributo clinico alla conoscenza delle ritenzioni dentarie. Considerazioni su 534 casi. *Minerva Stomat.* v. 14, p. 343-74, 1964.
10. CYRO SILVA, A.; SILVA, I. A.; LEÃO, O. Dados referentes ao exame geral das radiografias tiradas durante o ano letivo de 1941. *Apud Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia de São Paulo.* v. 2, p. 49-56, 1941-42.
11. DACHI, S. F.; HOWELL, F. V. A survey of 3.874 routine full-mouth radiographs. II. A study of impacted teeth. *Oral Surg.* v. 14, n. 8, p. 916-24, ago., 1961.
12. DEBERNARDI, G.; DEBERNARDI, C.; LEJO, A.; *et al.*, Considerazioni clinico statistiche e terapeutiche su 196 casi di ottavi inferiori ritenuti. *Minerva stomat.*, v. 34, n. 2, p. 229-32, mar. apr., 1885.
13. DEBONI, M. C. Z.; GREGORI, C. Aferição das posições prevalentes dos terceiros molares inferiores inclusos. *Rev. Odont. USP*, v. 4, n.2, p. 87-91, 1990.
14. DIAS, A. B. *Contribuição à terapêutica dos dentes permanentes inclusos.* Salvador: Ed. Manu, 1957.
15. ELIASSON, S.; HEIMDAHL, A.; NORDENRAM, A. Pathological changes related to long-term impaction of third molars. A radiographic study. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 18, n. 4, p. 210-12, 1989.
16. FLESSATTI, W. Dentes inclusos. *Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent.*, v. 2, p. 33, 1949.
17. FONSECA, J. B. Incidência da inclusão dentária em 1000 pacientes com exame radiográfico completo. *Sel. Odont.* v. 11, p. 21-8, 1956.
18. GARCIA, R. R. *et al.* Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as classificações de Pell & Gregory e Winter. *Rev. Fac. Odont. Passo Fundo.* v. 5, n.2, p. 31-6, jul. dez. 2000.
19. GOBLIRSCH, A. W. A study of the third molar teeth. *J. Amer. dent. Ass.* v. 21, p. 1849-54, 1930.
20. GOLD, J.; DEMBY, N. Rare inverted maxillary third molar impaction: report of case. *J. Amer. dent. Ass.* v. 87, p. 186-8, 1973.
21. GRANDINI, S. A.; VERRI, R. A.; STIVANIN, D. Estudos da incidência dos dentes inclusos. Pesquisa através de exame radiográfico em 1000 pacientes. *Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent.* v. 20, p. 90-8, 1966.
22. GRAZIANI, M. *Cirurgia buco-maxilar.* 6^a ed. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1976.
23. GÜVEN, O.; KESKIN, A.; AKAL Ü. K. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. *Int. J. oral & Maxillofacial Surgery.* v. 29, n. 1, p. 131-5, apr. 2000.
24. HATTAB, F. N.; PRECIOUS, D. S. Change in clinical status of third molars in adults during 12 years of observation. *J. oral Maxillofac. Surg.* v. 57, n. 4, p. 389-91, apr. 1999.
25. HELLMAN, M. Our third molar teeth: their eruption, presence and absence. *Dent. Cosmos.* v. 78, p. 750-62, jul., 1936.

26. KEENE, H. J. Third molar agenesis, spacing and crowding of teeth, and tooth size in caries-resistant naval recruits. *Amer. J. Orthodont.* v. 50, n. 6, p. 445-51, jun., 1964.
27. KIM, T. W.; ARTUN, J.; BEHBEHANI, F.; ARTESE, F. Prevalence of third molar impaction in orthodontic patients treated nonextraction and with extraction of 4 premolars. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* v. 123, n. 2, p. 138-45, feb., 2003.
28. KNUTSSON, K. *et al.*, Pathose associated with third molars subjected to removal. *Oral Surg.*, v. 82, n.1, p. 10-7, 1996.
29. KRAMER, R. M.; WILLIAMS, A. C. The incidence of impacted teeth. *Oral Surg.* v. 29, p. 237-41, 1970.
30. LEITE, M. C. *et al.*, Estudo radiográfico da incidência de terceiros molares inclusos. *Rev. Odont. Alfenas*, v. 9, p. 57-62, jan./dez., 1986-87.
31. MAGALHÃES, C. A. A. Ocorrência de terceiros molares inferiores inclusos, em pacientes da unidade de odontologia do hospital das forças armadas. *HFA Publ. Téc. Cient.* v. 1, n. 1, p. 56-64, jan./jun., 1986.
32. MARZOLA, C. *Retenção dental*. 2ª ed., São Paulo: Ed. Pancast, 1995.
33. MARZOLA, C.; MADEIRA, M. C.; CASTRO, A. L. Ocorrência de retenções e agenesias dentais em 1760 indivíduos, *Arch. Cent. Estud. Fac. Odont. Univ. Fed. M. Gerais*, v. 5, p. 34-46, jan./jun., 1968.
34. MARZOLA, C., CASTRO, A. L.; MADEIRA, M. C. Ocorrência de posições de retenção de terceiros molares, *Arch. Cent. Estud. Fac. Odont. Univ. Fed. M. Gerais*, v. 5, p. 21-32, 1968.
35. MARZOLA, C.; DAMANTE, J. H. Múltiplos dentes não irrompidos. Odontodisplasia total, *Rev. Gaúcha Odont.* v. 34, p. 140-4, 1986.
36. MARZOLA, C. *et al.*, Retenções de terceiros molares inferiores: etiologia, acidentes de irrupção e técnica cirúrgica, *Rev. Odonto Ciência*, v. 5, n. 10, p. 9-25, 1990-92.
37. MARZOLA, C. *Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial*. CDR. Bauru: Ed. Independente, 2003.
38. MEAD, S. V. Incidence of impacted teeth, *Int. Orthodont. Oral Surg. Radiol.*, v. 16, p. 885-90, 1930.
39. MEDEIROS, P. J. *et al.*, *Cirurgia dos dentes inclusos – extração e aproveitamento*. São Paulo: Ed. Santos, 2003.
40. MORRIS, C. R.; JERMAN, A. C. Panoramic radiographic survey. A study of imbedded third molars, *J. Oral Surg.* v. 29, p. 122-5, 1971.
41. NANDA, R. S.; CHAWLA, T. N. Status of third molar teeth, *J. All-India Dent. Ass.* v. 31, p. 19-29, 1959.
42. NICODEMO, R. A. Estudo sobre a anodontia dos terceiros molares. *Rev. Fac. Odont. S. José dos Campos*, v. 2, p. 7-13, 1973.
43. NOGUEIRA, C. J. M. Double impacted teeth, *Oral Surg.* v. 40, n. 2, p. 294-5, ago., 1975.
44. NORDENRAM, A. Dent retinerade tredje molares läges relationer, *Svensk. Tandläk.-T.* v. 59, p. 591-600, 1966.
45. OLASOJI, H. O.; ODUSANYA, S. A. Comparative study of third molar impaction in rural and urban areas of south-western Nigeria. *Odonto-Stomatologie Tropicale*, v. 23, n. 90, p. 25-8, jun., 2000.

46. OLIVEIRA, O. L.; SERRA NEGRA, E. Agenesia de terceiros molares em indivíduos brasileiros. *Arch. Cent. Est. Fac. Odont. Univ. Fed. M. Gerais*, v. 13, n. 1-2, p. 33-50, 1976.
47. OLIVEIRA, O. L.; SERRA NEGRA, E. Agenesia de terceiros molares em negros brasileiros. *Arch. Cent. Est. Fac. Odont. Univ. Fed. M. Gerais*, v. 21-22, n. 2-1, p. 103-11, 1984-85.
48. PELL, G. J.; GREGORY, G. T. Impacted mandibular third molars: classifications and modified technique for removal, *Dent. Digest*, v. 39, p. 330, 1933.
49. PELL, G. J. Classifications and modified technique for removal of impacted of mandibular third molars, *J. Amer dent. Ass.* v. 25, p. 1594-7, 1938.
50. PELL, G. J.; GREGORY, G. T. Report on a ten year study of a tooth division technique for removal of impacted teeth, *Amer. J. Orthodont. Surg.* v. 28, 1942.
51. PÉREZ, B. Agenesia del tercer molar em los grupos indígenas de Perija. *Acta Odont. Venez.* v. 8, n. 2-3, p. 249-62, ago. dez. 1970.
52. PETERSON, L. J. *et al.*, *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.
53. PICCO, C. A. Considerazioni clinico-statistiche e terapeutiche sui denti inclusi. *Tesi de specializzazione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino. Ann. Acc.*, 1977-78.
54. RIES CENTENO, G. A. *Cirurgía bucal*, 5ª ed., Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1964.
55. ROBINSON, P. D. The impacted lower wisdom tooth: to remove or to leave alone? *Dental Update*. v. 21, n. 6, p. 245-8, jul./aug., 1994.
56. SALOMÃO, J. I.; SENI, S. M. T. Estudo clínico radiográfico da incidência dos dentes inclusos em mil pacientes. *Rev. Gaúcha Odont.* v. 18, p. 83-9, 1970.
57. SANT'ANA, E.; FERREIRA JÚNIOR, O.; PINZAN, C. R. M. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. *Rev. bras. Cirurg. Implan.* v. 7, n. 27, p. 42-5, jul./set., 2000.
58. SHAFFER, W. R. *et al.*, *Tratado de patologia bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1986.
59. SILVA, M. C. Estudo da prevalência da anadontia dos terceiros molares. *Rev. Assoc. paul. Cirurg. Dent.*, v. 30, n. 5, p. 246-51, jul./ago., 1976.
60. VASCONCELLOS, R. J. H. *et al.*, Incidência dos terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. *Rev. Cir. Traumat. B.M.F.* v. 2, n.1, p.43-7, jan./jun., 2003.
61. VERGOPOULOS, E. *Der verlagerte und im okerkiefer retinierte Ackzahn*. Thesis, Maing, 1958.
62. VERRI, R. A. *et al.*, Estudo clínico radiográfico da incidência dos dentes inclusos em 3000 indivíduos. *Rev. Assoc. paul. Cirurg. Dent.*, v. 27, p. 274-9, 1973.
63. WINTER, G. B. *Impacted mandibular third molars*. St. Louis: Med Book Co., 1926.