



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Variabilidade inter e intra-examinador do grau de dificuldade
cirúrgica da extração de terceiros molares inferiores.**

Maria Isabel Sousa Miranda Pereira Basto

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Orientadora: Mestre Dra. Daniela Alves Pereira

Coorientadora: Dra. Joana Saraiva Amaral

Coimbra, 2015

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Variabilidade inter e intra-examinador do grau de dificuldade cirúrgica da
extração de terceiros molares inferiores.

Basto MI*, Amaral J**, Pereira D**

*Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina da
Universidade Coimbra

**Assistente convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra - Área de
Medicina Dentária

Área de Medicina Dentária, FMUC, Coimbra – Portugal

Avenida Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000 – 075 Coimbra

Tel.: +351 239 484 183

Fax.: +351 239 402 910

E-mail: isabelbasto.md@gmail.com

Índice Geral:

Resumo.....	4
1. Introdução.....	8
2. Materiais e Métodos.....	10
3. Resultados.....	13
4. Discussão.....	21

Avaliação Inter-Examinador

- Influência da relação mão dominante e dente com a avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares
- Influência do estatuto profissional (profissionais vs. estudantes) na avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares
- Influência das características do caso clínico na decisão da abordagem terapêutica
- Influência da visibilidade do terceiro molar mandibular na cavidade oral na decisão da abordagem terapêutica
- Influência da proximidade do terceiro molar mandibular ao canal mandibular na decisão da abordagem terapêutica
- Influência da experiência clínica na decisão da abordagem terapêutica
- Influência da formação pós-graduada na decisão da abordagem terapêutica
- Relação das características do terceiro molar mandibular (visibilidade na cavidade oral, proximidade ao canal mandibular e Classificações de Winter e Pell&Gregory) e as técnicas cirúrgicas seleccionadas

Avaliação Intra-Examinador

• Variabilidade intra-examinador na avaliação do grau de dificuldade cirúrgica e na decisão da abordagem terapêutica	
5. Conclusão.....	27
6. Agradecimento.....	28
7. Bibliografia.....	29
8. Anexos.....	33

Resumo:

Introdução: A correta avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares inferiores permite um melhor planejamento do procedimento e a consequente implementação de medidas adequadas para a redução dos fatores que conduzem ao risco de complicações pós-operatórias.

A complexidade deste procedimento é subjacente a um conjunto de fatores que envolvem o dente, a sua posição, bem como as características do paciente, do operador e do procedimento.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo primário avaliar se os fatores inerentes ao profissional de saúde influenciam a decisão terapêutica, o grau de dificuldade e a técnica cirúrgica utilizada na extração de terceiros molares inferiores assintomáticos (avaliação inter-examinador). E secundariamente pretende-se aferir a reprodutibilidade e a consistência dos critérios de avaliação (avaliação intra-examinador).

Materiais e Métodos: Foram distribuídos presencialmente dois inquéritos, espaçados por dois meses a Médicos Dentistas, Estomatologistas e estudantes finalistas de Medicina Dentária. Numa primeira fase foi realizada a avaliação do grau de dificuldade cirúrgica e a caracterização da abordagem terapêutica escolhida pelos diferentes participantes (avaliação inter-examinador), perante terceiros molares inferiores assintomáticos. Na segunda fase redistribuiu-se o mesmo inquérito, de forma a avaliar se as respostas de cada clínico se mantinham constantes (avaliação intra-examinador).

Resultados: Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a determinação da dificuldade cirúrgica e as características individuais do examinador. No que respeitava à decisão terapêutica, observou-se que existia significado estatístico para a experiência clínica e para as pós-graduações de Ortodontia e Reabilitação Oclusal. Assim, observou-se que clínicos mais inexperientes apresentam um menor risco de escolher a extração como medida terapêutica, contrariamente aos observadores pós-graduados em Ortodontia e Reabilitação Oclusal, cujo risco de optarem pela extração é superior. Adicionalmente, na avaliação intra-examinador constatou-se que, existia coerência na aferição do grau de dificuldade cirúrgica nos dois momentos de avaliação assim como, na escolha da abordagem terapêutica.

Conclusão: A avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares não é influenciada pelo estatuto profissional do observador. Contudo, a abordagem terapêutica é influenciada pelas características individuais do clínico: anos de experiência clínica e formação pós-graduada. Constatou-se ainda que existe concordância intra-examinador tanto na avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares, como na escolha terapêutica.

Palavras-chave: terceiro molar, dificuldade da extração, decisão terapêutica, variabilidade inter-examinadores, variabilidade intra-examinadores

Abstract:

Introduction: The correct assessment of third molar extraction difficulty allows for a better planning of the procedure and the consequent implementation of appropriate measures to reduce the factors that may lead to postoperative complications. The complexity of this procedure is a set of underlying factors involving the tooth, its position as well as the characteristics of the patient, the operator and procedure itself.

Objectives: The primary objective of this work is to evaluate whether the factors inherent to the healthcare professional influence the therapeutic decision, the difficulty degree and the surgical technique used in the extraction of asymptomatic third molars (inter-examiner assessment). Secondly it intends to assess the reproducibility and consistency of evaluation criteria (intra-examiner assessment).

Materials and Methods: One survey was distributed, in person, in two different moments, two months apart to Dentists, Stomatologists and graduating students of Dentistry. In the first phase it was carried out the evaluation of the surgical difficulty and characterization of the chosen therapeutic approach by different participants (inter-rater assessment) of asymptomatic third molars. In the second phase the survey was redistributed to the same participant in order to assess whether the answers of each clinician remained similar (intra-examiner assessment).

Results: It was found that there were no statistically significant differences between the determination of the surgical difficulty and the characteristics of the individual examiner. With respect to the therapeutic decision, it was observed that there was statistically significant differences for clinical experience, for postgraduates in orthodontics and oral rehabilitation. It was found that inexperienced clinicians have a lower risk of choosing the extraction as a therapeutic measure, contrary to postgraduates in Orthodontics and Oral Rehabilitation, whose risk to opt for extraction was found higher. In addition, for the intra-individual assessment it was found that there was consistency in the measurement of surgical difficulty as well as in choosing the therapeutic approach.

Conclusion: The evaluation of the difficulty degree of third molar extraction is not influenced by the professional observer status. However, the therapeutic approach is influenced by the individual characteristics of the clinician: years of clinical experience and Orthodontics and/or Oral Rehabilitation post graduation. It was also found that there is intra-examiner agreement in difficulty degree of third molar extraction, as to the therapeutic choice.

Keywords: third molar, difficulty of extraction, treatment decision, inter -examiner variability, intra -examiner variability

1. Introdução

A extração de terceiros molares engloba uma proporção significativa do número total de procedimentos na prática da cirurgia oral contemporânea. Neste contexto, o diagnóstico pré-operatório, o planejamento da intervenção, a competência técnica e os cuidados pós-operatórios são fundamentais¹.

Nas situações em que o dente se apresenta assintomático e sem patologia, a decisão torna-se um desafio². No sentido de auxiliar o clínico na escolha da abordagem terapêutica mais indicada, têm sido desenvolvidas normas de conduta. Estas, porém, ainda sem consenso. Neste contexto, é relevante mencionar que segundo o National Institute of Clinical Excellence (NICE), a extração de terceiros molares deve estar limitada a pacientes que evidenciam patologias como: cárie não restaurável, impossibilidade de realizar tratamento endodôntico e/ou lesão periapical, celulite, abscesso, osteomielite, reabsorção interna ou externa do próprio dente ou do dente adjacente, fratura dentária, patologia do folículo incluindo quisto ou tumor, dente que impeça cirurgia maxilo-facial ou reconstrução mandibular ou, quando o dente está envolvido no local de resseção de um tumor³. Por outro lado, a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) recomenda a extração de terceiros molares assintomáticos sempre que há presença de patologia ou risco de a desenvolver⁴.

No que respeita à manutenção de terceiros molares inferiores assintomáticos, os riscos associados à sua permanência devem ser ponderados comparativamente com os riscos inerentes à sua extração, devendo ser estabelecida uma relação de risco/benefício favorável para o paciente².

Nas situações em que se opta por uma decisão terapêutica conservadora, é fundamental uma monitorização regular, através de um exame físico e radiográfico detalhado, associado a uma revisão da história clínica. A frequência entre os controlos não está definida, estando dependente da anamnese e idade do paciente, dado que as complicações pós-operatórias aumentam com o avanço da mesma^{5,6}.

Normalmente, os pacientes confiam na opinião e decisão terapêutica fundamentada cientificamente com elevado nível de evidência^{7,8}. Contudo, quando são apresentadas as hipóteses terapêuticas no caso de terceiros molares assintomáticos e sem patologia, 60% dos pacientes opta pela extração².

Sabemos que, associadas à cirurgia, podem surgir complicações intra e pós-operatórias, das quais se destacam: fratura da mandíbula, hemorragia, dor, edema,

limitação da abertura bucal, parestesia do nervo alveolar inferior e/ou lingual e alveolite seca
9, 10, 11, 12, 13, 14 .

Neste âmbito, a correta avaliação da dificuldade cirúrgica surge como uma etapa fundamental que permite informar corretamente o paciente, planejar o procedimento e implementar medidas para a redução dos fatores que conduzem ao risco de complicações pós-operatórias ^{12, 15, 16, 17} .

De fato, o grau de dificuldade da extração de terceiros molares inferiores é bastante variável entre os clínicos e está subjacente a um conjunto de fatores que envolvem o dente (as suas características e relações anatómicas e a sua posição), bem como as características do paciente, do operador e do procedimento cirúrgico ^{17, 18, 19, 20} .

Na literatura encontram-se descritos modelos de avaliação da dificuldade cirúrgica pré e pós-operatórios, sendo que dos pré-operatórios o mais utilizado é o índice de Pederson. Este baseia-se apenas em critérios radiográficos, recorrendo à ortopantomografia para a avaliação da angulação do dente (Classificação de Winter) e do nível de inclusão (Classificação de Pell & Gregory). Contudo, apesar de este ser frequentemente utilizado, sabe-se que apresenta pouca precisão ^{21, 22, 23} .

Relativamente ao paciente, as características mais frequentemente analisadas são o género, a etnia, a idade, o índice de massa corporal, a abertura bucal, a flexibilidade da mucosa jugal, a interferência da língua, a presença de roncopatia e/ou de Síndrome de hipopneia/apneia obstrutiva do sono e a espessura do ligamento periodontal ^{1, 15, 17, 18, 19, 24, 25} .

A literatura tem ainda evidenciado, que o desconhecimento do paciente sobre a cirurgia é um dos principais fatores que contribuem para a ansiedade pré-operatória, mesmo em cirurgias orais menos extensas ²⁶ . Esta ansiedade é caracterizada por uma resposta fisiológica, como taquicardia e aumento da pressão sanguínea, e pode influenciar o procedimento cirúrgico, bem como os momentos que o antecedem e sucedem. Desta forma, proporcionar um ambiente calmo, criar uma relação de confiança entre o operador e o paciente e esclarecer o paciente de todas as fases do procedimento, são estratégias cruciais para diminuir o grau de dificuldade operatório ^{26, 27} .

Com este trabalho temos como objetivo primário avaliar se os fatores inerentes ao profissional de saúde influenciam a decisão terapêutica, o grau de dificuldade e a técnica cirúrgica utilizada na extração de terceiros molares inferiores assintomáticos (avaliação inter-examinador). E secundariamente pretende-se aferir a reprodutibilidade e a consistência dos critérios de avaliação (avaliação intra-examinador).

2. Materiais e Métodos

Foram distribuídos presencialmente dois inquéritos, espaçados por dois meses a Médicos Dentistas, Estomatologistas e estudantes finalistas de Medicina Dentária. O primeiro inquérito pretendia avaliar a variabilidade inter-examinador, e o segundo, aferir a reprodutibilidade intra-examinador. Foram, excluídos da avaliação intra-examinador os participantes que responderam apenas ao primeiro inquérito.

Cada inquirido deveria introduzir em primeiro lugar dados pessoais, demográficos, académicos e profissionais e posteriormente analisar quinze casos clínicos de pacientes saudáveis e colaborantes, com terceiros molares inferiores assintomáticos, documentados com informação clínica e radiográfica (Anexo 1).

Os casos clínicos foram selecionados de forma a incluir dentes que apresentassem diferentes angulações (Classificação de Winter), diferentes níveis de inclusão e diferentes relações com o ramo mandibular (Classificação de Pell&Gregory), bem como com o canal mandibular (Figura 1 e 2 e Tabela I).

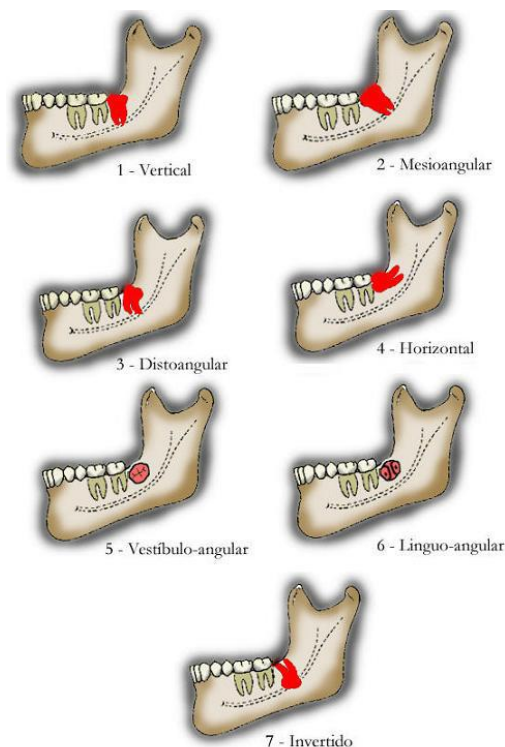


Figura 1: Classificação da posição de terceiros molares segundo Winter. (Fonte: Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, Duarte BG, Ferreira-Júnior O, Sant'Ana E, et al. Evaluation of the positions of impacted third molars according to the Winter and Pell and Gregory clasifications in panoramic radiography²².)

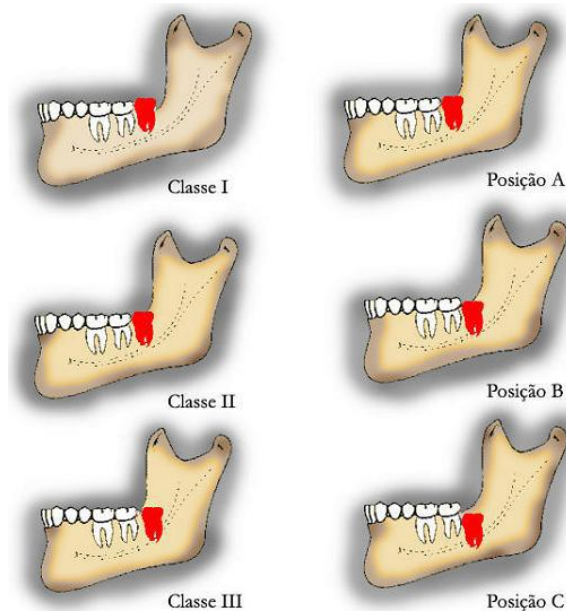


Figura 2: Classificação da posição de terceiros molares segundo Pell&Gregory. (Fonte: Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, Duarte BG, Ferreira-Júnior O, Sant'Ana E, et al. Evaluation of the positions of impacted third molars according to the Winter and Pell and Gregory classifications in panoramic radiography ²².)

Tabela I: Descrição das características dos casos clínicos.

Casos Clínicos	Dente	Classificação Winter	Classificação Pell&Gregory	Proximidade Canal Mandibular	Visibilidade na cavidade oral
1	38	Mesioangular	II B	Desvio Canal Mandibular	Não visível
2	38	Distoangular	II A	Deflexão da raíz	Parcialmente visível
3	38	Mesioangular	II B	Deflexão da raíz	Não visível
4	48	Mesioangular	I B	Sobre o Canal Mandibular	Parcialmente visível
5	38	Vertical	I A	Afastado Canal Mandibular	Parcialmente visível
6	38	Vertical	II A	Afastado Canal Mandibular	Não visível
7	38	Horizontal	III C	Deflexão da raíz	Não visível
8	48	Vertical	II C	Deflexão da raíz	Não visível
9	48	Vertical	II A	Deflexão da raíz	Totalmente visível
10	48	Distoangular	II A	Deflexão da raíz	Não visível
11	38	Horizontal	II A	Deflexão da raíz	Parcialmente visível
12	48	Mesioangular	II B	Interrupção da linha do Canal Mandibular	Não visível
13	48	Horizontal	III C	Sobre o Canal Mandibular	Não visível
14	48	Distoangular	II A	Deflexão da raíz	Parcialmente visível
15	48	Mesioangular	II B	Interrupção da linha do Canal Mandibular	Não visível

Na segunda parte os participantes classificaram os casos clínicos relativamente ao grau de dificuldade cirúrgica previsto para a extração de cada terceiro molar, utilizando uma escala de Lickert de 0 a 10 e assinalaram a recomendação terapêutica (extrair/não extrair). No caso de optarem pela extração deveriam indicar a técnica cirúrgica utilizada (osteotomia e/ou odontossecação), (Tabela II).

Tabela II: Segunda parte do inquérito.

Caso Clínico	Grau de dificuldade	Decisão Terapêutica		Técnica Cirúrgica			
		Extrair	Não Extrair	Odontossecação parcial da coroa	Odontossecação total da coroa	Odontossecação da raíz	Osteotomia
(...)							

A análise estatística realizada compreendeu duas componentes: a primeira descritiva e a segunda de estatística inferencial. Para tal, recorreu-se à plataforma estatística SPSS v.20 em conjunto com a plataforma R estabelecendo-se como nível de significância $p < 0.05$.

3. Resultados:

Avaliação Inter-Examinador

Na primeira fase de distribuição dos inquéritos, reuniu-se uma amostra de 102 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (gráfico 1), sendo que as idades se encontravam compreendidas entre os 22 e os 65 anos de idade (gráfico 2).

Relativamente à mão dominante, os participantes eram sobretudo dextros, existindo apenas 4 elementos esquerdinos (gráfico 3).

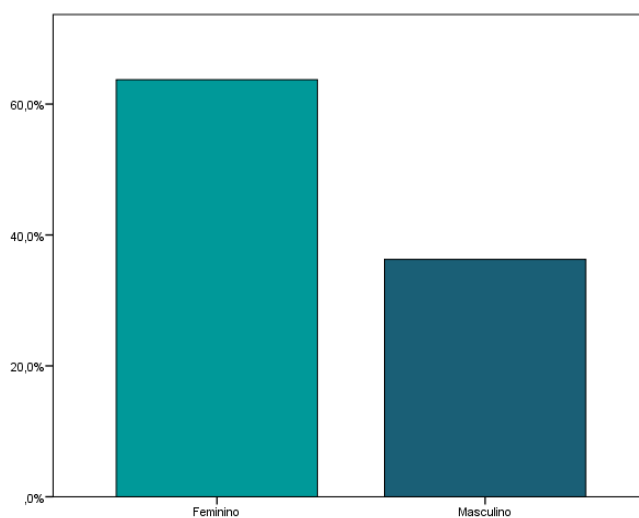


Gráfico 1: Frequência do género.

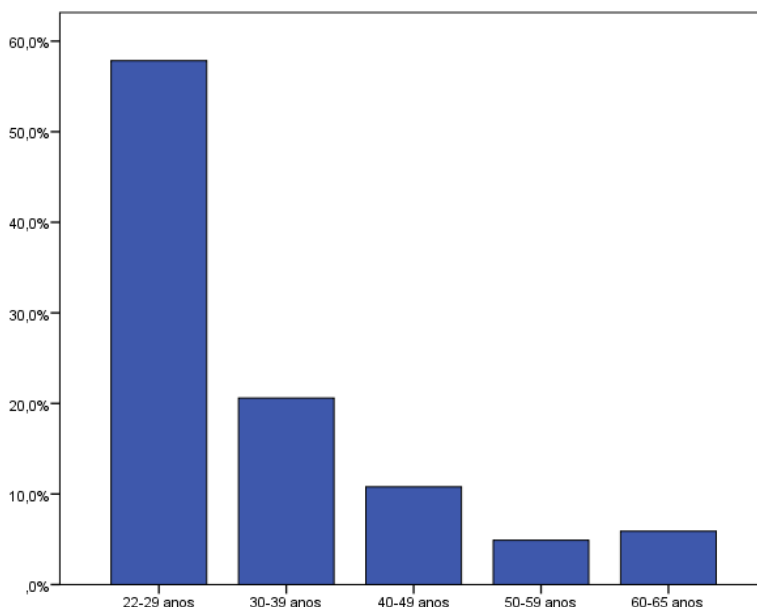


Gráfico 2: Frequência das faixas etárias.

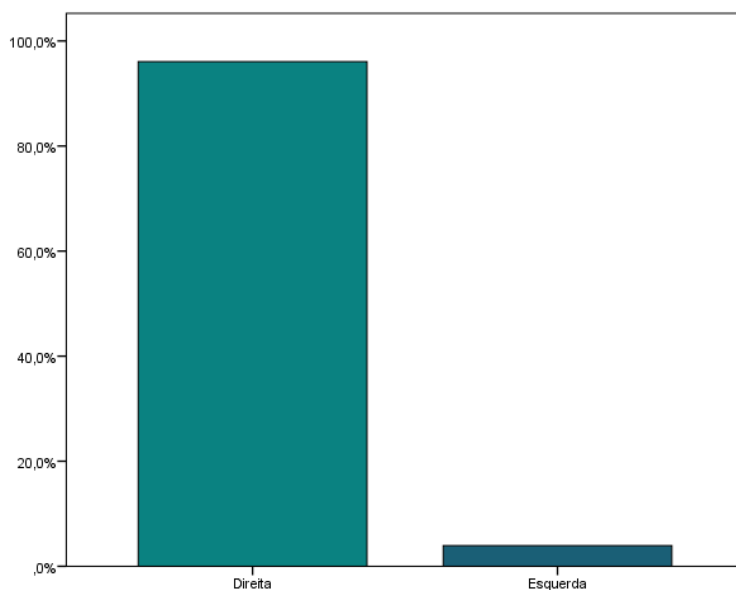


Gráfico 3: Frequência da mão dominante.

Quanto à formação académica, 32,4% eram estudantes finalistas do curso de Medicina Dentária e 67,6% eram Médicos Dentistas ou Médicos Estomatologistas (Gráfico 4). Destes, 37 tinham formação pós-graduada, distribuída por várias áreas de intervenção, sendo que cada profissional poderia possuir mais do que uma pós-graduação (Gráfico 5). A maioria dos participantes realizou ou encontra-se a terminar a sua formação académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Gráfico 6).

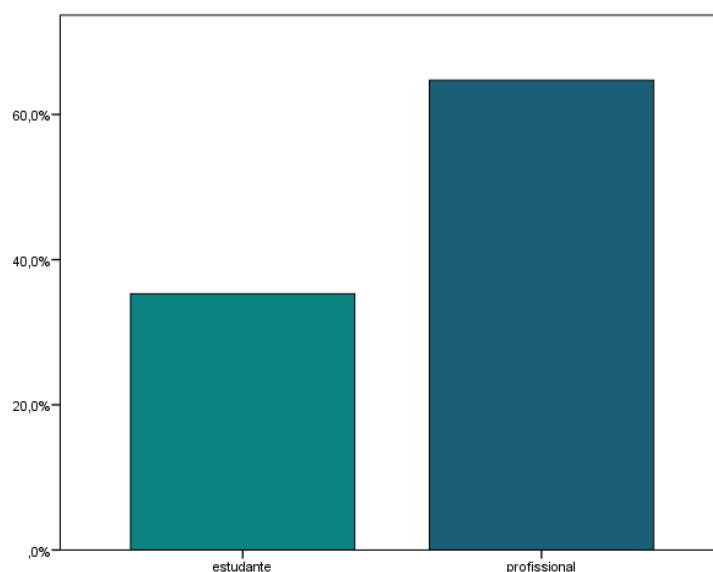


Gráfico 4: Frequência de estudantes e Médicos Dentistas ou Médicos Estomatologistas.

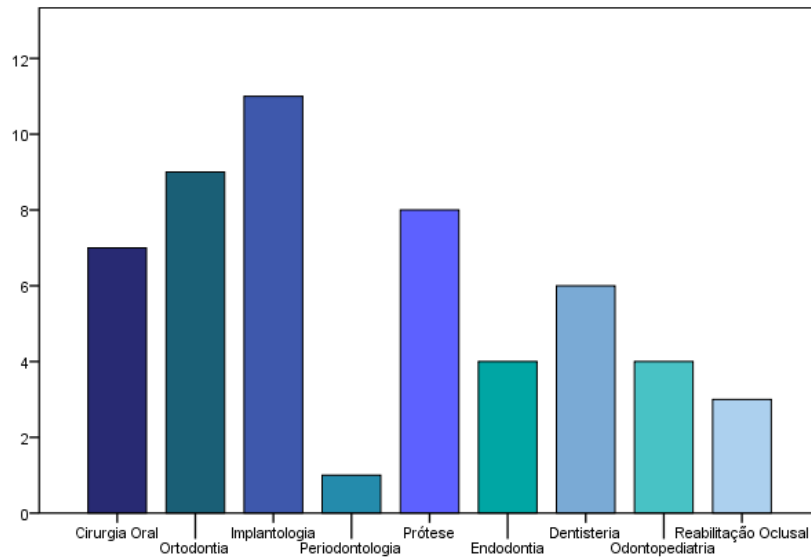


Gráfico 5: Frequência de pós-graduações.

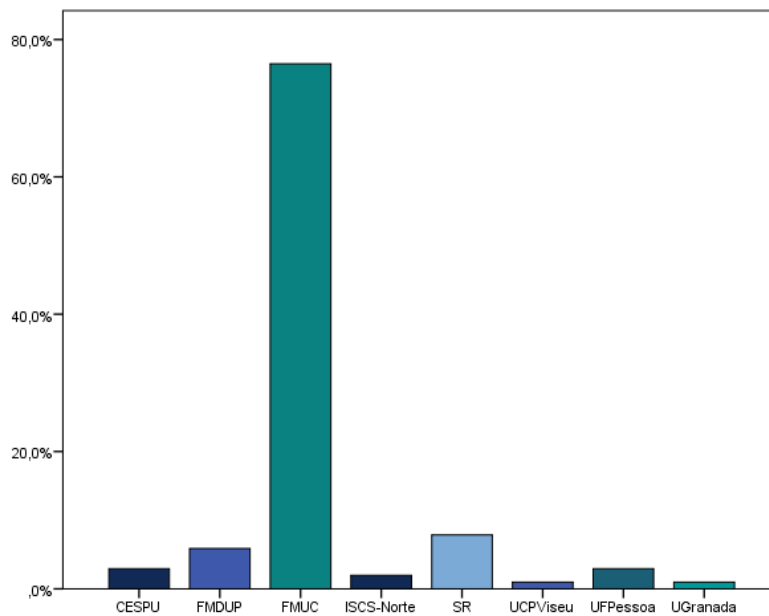


Gráfico 6: Frequência das instituições de formação académica.

Legenda gráfico 6:

CESPU	Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
ISCS-Norte	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
SR	Sem resposta
UCPViseu	Universidade Católica Portuguesa Viseu
UFPessoa	Universidade Fernando Pessoa
UGranada	Universidade de Granada

Influência da relação mão dominante e dente com a avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares

Recorreu-se a um teste não paramétrico (Kruskal-Wallis), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($KW(3) = 36,188$; $p < 0,001$) entre a dificuldade cirúrgica da extração do dente 38, quando realizada por participantes dextros ou esquerdinos e relativamente à determinação da dificuldade cirúrgica da extração do dente 48.

A média da avaliação da dificuldade cirúrgica aferida pelos inquiridos dextros, nas extrações dos dentes 38 e 48 era menor, comparativamente às avaliações realizadas pelos observadores esquerdinos. Observou-se ainda que tanto os clínicos dextros como os esquerdinos avaliaram a extração do dente 38 como mais difícil, relativamente ao dente 48 (Gráfico 7).

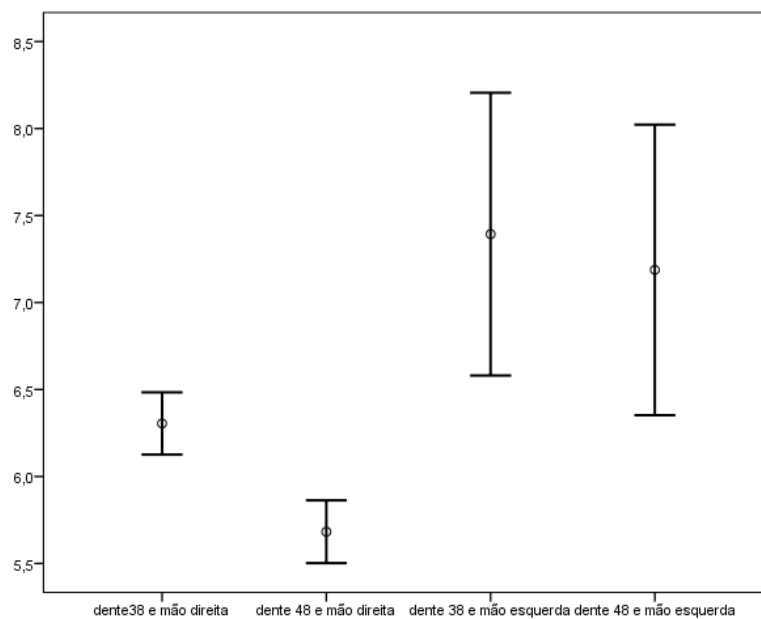


Gráfico 7: Média do grau de dificuldade avaliado pelos participantes dextros e esquerdinos relativamente ao dente em análise.

Influência do estatuto profissional (profissionais vs. estudantes) na avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares

O teste t-Student para variáveis independentes revelou a ausência de resultados estatisticamente significativos entre estas variáveis. Curiosamente, a média do grau de dificuldade estimado para a extração de cada terceiro molar analisado pelos inquiridos, foi aproximadamente igual, tanto para os clínicos ($\bar{x} = 6,01; s = 2,452$), como para os estudantes finalistas do curso de Medicina Dentária ($\bar{x} = 6,06; s = 2,496$).

Influência das características do caso clínico na decisão da abordagem terapêutica

Realizou-se uma regressão logística hierárquica, sendo que para estas considerações foram apenas avaliadas as respostas dos participantes com formação académica finalizada.

Ao analisar isoladamente cada caso clínico, quanto às suas características clínicas e radiográficas, observou-se, que a maioria dos casos apresentava diferenças estatisticamente significativas relativamente à decisão terapêutica selecionada ($p < 0,05$).

Constatou-se, ainda que, essas características, estatisticamente significativas em relação à opção terapêutica ($G^2(17) = 279,509; p < 0,01; \chi_{HL}^2(8) = 3,580; p = 0,893$), explicavam aproximadamente 37% da variância da decisão terapêutica ($R_{CS}^2 = 0,278; R_N^2 = 0,372$).

A proximidade do dente ao canal mandibular e a sua visibilidade na cavidade oral não influenciaram de forma significativa a decisão terapêutica.

Dos casos clínicos com diferença estatisticamente significativa, 2 apresentavam um maior risco de serem extraídos (*odds-ratio ajustado* < 1), contrariamente aos restantes 8 que apresentavam uma tendência para serem mantidos na cavidade oral (*odds-ratio ajustado* > 1), (Tabela III).

Tabela III: Risco de extrair cada dente em análise.

Variável	p	ORajustado	IC95% ORajustado
Caso Clínico 1	0,803	0,897	[0,381; 2,113]
Caso Clínico 2	0,696	1,180	[0,513; 2,714]
Caso Clínico 3	0,551	1,286	[0,563; 2,938]
Caso Clínico 4	0,001	4,134	[1,838; 9,297]
Caso Clínico 5	0,017	0,261	[0,087; 0,786]
Caso Clínico 6	0,046	2,268	[1,013; 5,078]
Caso Clínico 7	< 0,01	12,055	[4,934; 29,457]
Caso Clínico 8	< 0,01	6,719	[2,915; 15,486]
Caso Clínico 9	< 0,01	15,312	[6,051; 38,745]
Caso Clínico 10	0,011	2,838	[1,270; 6,343]
Caso Clínico 11	0,003	0,098	[0,021; 0,456]
Caso Clínico 12	0,001	4,134	[1,838; 9,297]
Caso Clínico 13	< 0,01	13,532	[5,450; 33,598]
Caso Clínico 14	0,827	0,909	[0,385; 2,143]

Influência da experiência clínica e formação pós-graduada na decisão da abordagem terapêutica

Verificou-se que nos profissionais de saúde, as duas variáveis que apresentaram significado estatístico foram: a experiência clínica e as pós-graduações em Ortodontia e Reabilitação Oclusal.

Assim, os clínicos menos experientes apresentaram um risco de não extrair aumentado (*odds-ratio ajustado*=1,026, por cada ano de experiência clínica), ou seja, são os que mais optam por uma decisão conservadora (Tabela IV).

Por outro lado, os valores obtidos para os profissionais pós-graduados em Ortodontia e em Reabilitação Oclusal indicavam que a hipótese de não extrair, nestes profissionais, era menor (*odds-ratio ajustado*=0,375 e 0,193 respectivamente) relativamente a profissionais sem estas pós-graduações (Tabela IV).

Nas outras pós-graduações não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela IV: Risco de extrair os dentes em análise para as variáveis “Experiência clínica”; “Pós-Graduação de Ortodontia” e “Pós-Graduação de Reabilitação Oclusal”.

Variável	p	ORajustado	IC95% ORajustado
Experiência Clínica	0,005	1,026	[1,008; 1,044]
Pós-Graduação Ortodontia	< 0,01	0,375	[0,225; 0, 624]
Pós-Graduação Reabilitação Oclusal	< 0,01	0,193	[0,086; 0,437]

Relação das características do terceiro molar mandibular (visibilidade na cavidade oral, proximidade ao canal mandibular e Classificações de Winter e Pell&Gregory) e as técnicas cirúrgicas selecionadas

Nos casos clínicos em que os terceiros molares mandibulares apresentavam características clínicas e radiográficas idênticas houve concordância, por parte dos inquiridos que optaram pela extração, na seleção das técnicas cirúrgicas (Anexo 2).

Avaliação Intra-Examinador

Na avaliação da coerência intra-examinador a amostra foi constituída por 96 participantes. Esta aferição foi realizada através da análise das avaliações da dificuldade operatória e das decisões terapêuticas de cada observador relativamente a cada um dos casos clínicos, nos dois momentos de preenchimento do inquérito.

Variabilidade intra-examinador na avaliação do grau de dificuldade cirúrgica

Para analisar a concordância entre a avaliação da complexidade cirúrgica no primeiro e no segundo inquérito foi realizado o coeficiente de correlação interclasse (ICC). Observou-se que existiu forte concordância (ICC = 0,869; IC95% [0,854;0,882]; p <0,01) no respeitante à dificuldade cirúrgica registada pelos observadores nos dois inquéritos.

Variabilidade intra-examinador na decisão da abordagem terapêutica

Com o objetivo de analisar a coerência nas escolhas terapêuticas foi aplicada a estatística Kappa em simultâneo com o teste de McNemar. Obteve-se desta forma, uma concordância moderada ($k = 0.567$; $p < 0,001$) entre os dois momentos de avaliação, uma vez que a diferença de respostas não foi significativa ($p = 0,817$). Os resultados demonstraram uma concordância da decisão terapêutica em cerca de 79% dos casos, nesta amostra. Em 299 situações, a escolha da abordagem terapêutica entre o primeiro e o segundo inquérito foi diferente (Tabela V).

Tabela V: Resultados globais obtidos entre os dois momentos de avaliação.

		2º Inquérito	
		Extrair	Não Extrair
1º Inquérito	Extrair	694	147
	Não Extrair	152	435

4. Discussão

A capacidade de prever a dificuldade cirúrgica da extração de terceiros molares inferiores, facilita o planejamento do tratamento, minimiza as complicações e melhora a preparação do paciente e dos assistentes na gestão pós-operatória da inflamação e da dor. Torna-se por isso crucial estabelecer um paradigma de fatores que influenciam a dificuldade da extração ¹.

Neste contexto, os exames imagiológicos revelam-se ferramentas essenciais no diagnóstico e programação cirúrgica, fornecendo informações importantes relativas à posição do dente, número de raízes e sua morfologia e relação com as estruturas anatómicas envolventes ²⁸. A ortopantomografia é o exame complementar de diagnóstico de primeira linha, contudo nos casos em que a anatomia do dente ou a sua relação com estruturas nobres exija uma imagem tridimensional, a tomografia computadorizada de feixe cônico assume-se como uma alternativa mais fidedigna ²⁹.

Para além das características inerentes à estrutura dentária, também fatores dependentes do paciente e do médico dentista influenciam a dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares ¹⁵. São vários os estudos que visam descrever estes fatores ^{15,17,19,24,25}. *Barreiro-Torres et al*, concluíram ainda, que a ortopantomografia não permite aos observadores prever, com precisão, a dificuldade da extração destes dentes, bem como, as técnicas cirúrgicas necessárias ³⁰. Neste contexto, é importante referir que a bibliografia apresentada retira as suas conclusões a partir de uma aferição pré e pós-operatória, enquanto, lamentavelmente, no nosso estudo apenas foi analisado o momento pré-operatório através de uma ortopantomografia.

Avaliação Inter-Examinador

Influência da relação, mão dominante e dente com a avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares

Os participantes dextros classificaram como mais fácil a extração do dente do seu lado de trabalho. Este fato poderia ser explicado pela ergonomia do clínico durante a realização do procedimento. Contudo, este pressuposto não é verificado nos observadores esquerdinos, que também avaliaram como mais fácil a extração do dente 48 em relação ao dente 38. O número muito reduzido de observadores esquerdinos (4 observadores) pode ter

sido uma limitação determinante nos resultados obtidos. Seria de interesse científico suportar estas hipóteses com bibliografia complementar contudo, não foi encontrada bibliografia referente a este pressuposto.

Influência do estatuto profissional (profissionais vs. estudantes) na avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares

A determinação do grau de dificuldade cirúrgica foi semelhante entre profissionais e estudantes, o que pode ser fundamentado devido ao fato da maioria dos inquiridos desenvolver algum tipo de atividade clínica e/ou docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Assim, poderá existir uma sobreposição de critérios e parâmetros de complexidade analisados entre estudantes e docentes. Este fato permite que as características valorizadas ou negligenciadas pelos docentes e pelos estudantes sejam semelhantes ²⁵.

Alguns autores referem que é baixa a correlação entre as aferições das dificuldades operatórias realizadas por alunos de pós-graduação e pelos seus tutores, apesar de estatisticamente significativa ³¹. Outros, não constataram diferenças entre a determinação da dificuldade cirúrgica entre profissionais com níveis de experiência distintos¹⁷. Adicionalmente, *Susarla et al*, em concordância com este trabalho, verificaram que a experiência clínica não parece influenciar significativamente a capacidade do operador prever com precisão a dificuldade cirúrgica ²⁵.

Ferrus-Torres et al, verificaram que o erro na aferição do grau de dificuldade da extração, diminui quando aumenta a experiência clínica, uma vez que os observadores menos experientes mostravam uma maior dificuldade no planeamento cirúrgico, indicando a necessidade de realizar procedimentos mais complexos ³².

Torna-se importante referir que a bibliografia apresentada faz uma avaliação pré e pós-operatória, ao contrário deste estudo, cujas considerações são apenas pré-operatórias.

Influência das características do caso clínico na decisão da abordagem terapêutica

Verificou-se, que dos quinze casos clínicos, os que apresentavam uma maior tendência para a opção conservadora eram os casos 7, 9 e 13, contrariamente, os casos 5 e 11 apresentavam uma maior tendência para serem extraídos (Tabela VI). Porém, ao analisar as características clínicas e radiográficas destes casos clínicos, não foram

encontradas semelhanças que justificassem estas tendências na decisão da abordagem terapêutica (Tabela VI).

Tabela VI: Características clínicas e radiográficas do caso clínico e recomendação terapêutica.

Caso Clínico	Gênero	Idade	Classificação Winter	Classificação Pell&Gregory	Visibilidade na cavidade oral	Proximidade ao canal mandibular (CM)	Decisão Terapêutica
5	Masculino	36	Vertical	IA	Parcialmente visível	Afastado do CM	Extrair
7	Masculino	44	Horizontal	IIIC	Não visível	Deflexão da raiz	Não extrair
9	Masculino	25	Vertical	IIA	Totalmente visível	Deflexão da raiz	Não extrair
11	Masculino	25	Horizontal	IIA	Parcialmente visível	Deflexão da raiz	Extrair
13	Masculino	53	Horizontal	IIIC	Não visível	Sobre o CM	Não extrair

Contudo, contrariamente ao nosso estudo, a literatura refere existir uma relação entre as características do terceiro molar e a recomendação terapêutica.

Alguns autores referem que essa recomendação pode estar relacionada com o risco deste desenvolver alguma patologia com o decorrer do tempo ³³. Verificaram que os dentes que se encontravam em posição vertical eram os que mais frequentemente apresentavam patologia. O mesmo estudo concluiu, também, que segundo a classificação de Pell&Gregory os dentes assintomáticos mais extraídos eram os que se encontravam na classe IIB ³³. Outros estudos indicam que os terceiros molares parcial ou totalmente erupcionados, mesioangulados (com angulação entre 40° e 80°) estão mais frequentemente associados a lesões de cárie na face distal dos segundos molares mandibulares ^{34, 35}.

Influência da visibilidade do terceiro molar mandibular na cavidade oral na decisão da abordagem terapêutica

Esta avaliação não apresentou diferença estatisticamente significativa. Contudo, é importante referir que apesar do dente não estar visível, deve-se realizar sondagem periodontal para constatar se existe comunicação com a cavidade oral ^{5, 8}. Pois, a literatura comprova que terceiros molares visíveis na cavidade oral encontram-se associados a um aumento da profundidade de sondagem dos dentes que se encontram mais anteriores a

este, principalmente o segundo molar. Desta forma estes dentes devem ser cuidadosamente controlados ³⁶.

Influência da proximidade ao canal mandibular do terceiro molar mandibular na decisão da abordagem terapêutica

A proximidade ao canal mandibular não constitui uma variável estatisticamente significativa na decisão terapêutica. Contudo, sabe-se que as lesões do nervo alveolar inferior durante os procedimentos cirúrgicos podem ocorrer numa percentagem de 0,4% a 8,4% ^{11, 37}.

A bibliografia descreve sinais radiográficos indicadores da proximidade e do risco de lesar o nervo alveolar inferior, tais como o escurecimento da raíz; interrupção e perda da linha que representa o limite do canal mandibular, desvio do canal mandibular pelas raízes, estreitamento da raíz e deflexão da raíz ³⁷. Por este motivo e avaliando as características radiográficas dos dentes, seria espectável encontrar uma correlação entre a proximidade do canal mandibular e a decisão terapêutica no nosso estudo, porém tal não se verificou.

Influência da experiência clínica na decisão da abordagem terapêutica

Uma vez que, a hipótese de extrair aumenta por cada ano de experiência dos observadores, pode-se supor que o aumento da experiência profissional contempla opções menos conservadoras que se poderão dever a um desenvolvimento de competências na área. No entanto, contrariamente ao nosso estudo, *Camargo et al*, refere que os clínicos com experiência superior a 8 anos preferem monitorizar terceiros molares assintomáticos, sendo que os menos experientes recomendam mais frequentemente a extracção ³⁸. Há cerca de duas décadas, a bibliografia mencionava que existiam diferenças consideráveis na avaliação da necessidade de extrair terceiros molares mandibulares. Nesse estudo é referida como uma possível explicação, a diferente experiência clínica e a influência de experiências anteriores mal sucedidas ³⁹.

Influência da formação pós-graduada na decisão da abordagem terapêutica

Observou-se que apenas as decisões terapêuticas dos profissionais com formação pós-graduada na área da Ortodontia e Reabilitação Oclusal apresentavam significado

estatístico. No caso da Ortodontia o risco de decidir extrair era mais elevado. Alguns autores referem que se o espaço mandibular para o terceiro molar é inadequado, a sua erupção pode produzir um agravamento do apinhamento já existente ⁴⁰. Contudo, outros estudos contrariam esta hipótese, verificando que não existe diferenças estatisticamente significativas no apinhamento mandibular quando são comparados pacientes com agenesia dos terceiros molares mandibulares, pacientes com os terceiros molares presentes ou já extraídos ⁴¹. Mais estudos corroboram estas conclusões, mencionando que do ponto de vista ortodôntico os terceiros molares não são causa de apinhamento, uma vez que este é multifatorial e outros fatores apresentam maior relevância ⁴². *Camargo I. et al*, concluiu que os ortodontistas que terminaram a sua pós-graduação mais recentemente recomendam menos frequentemente a extração profilática dos terceiros molares como forma de prevenir o apinhamento mandibular, contrariamente a ortodontistas graduados há mais tempo ³⁸.

Relativamente aos profissionais com formação pós-graduada em Reabilitação Oclusal, constatou-se, igualmente, uma maior tendência para realizar a extração. A abordagem destes clínicos pode estar justificada pelo fato do terceiro molar não se encontrar em oclusão, devido à ausência do oponente, causando possíveis interferências oclusais ^{43, 44}.

Relação das características do terceiro molar mandibular (visibilidade na cavidade oral, proximidade ao canal mandibular e Classificações de Winter e Pell&Gregory) e as técnicas cirúrgicas selecionadas

Constatou-se que, para terceiros molares que apresentavam características idênticas (casos: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13), as técnicas cirúrgicas escolhidas pelos inquiridos, que optaram pela extração, eram também similares (odontosseção total e parcial da coroa, odontosseção da raiz e osteotomia), (Anexo 2). Contudo, a bibliografia demonstra que é difícil prever a técnica cirúrgica com base na análise da ortopantomografia, independentemente da experiência do observador ³⁰. Refere ainda que os clínicos mais experientes apresentam uma maior precisão no planeamento cirúrgico, contrariamente aos mais inexperientes que antecipam a necessidade de realizar osteotomia e odontosseção mais frequentemente ³².

Avaliação Intra-Examinador

Variabilidade intra-examinador na avaliação do grau de dificuldade cirúrgica e na decisão da abordagem terapêutica

Constatou-se que existe uma forte concordância intra-examinador na avaliação do grau de dificuldade cirúrgica, pelo que se pode inferir que existe reprodutibilidade nos critérios inferidos por cada participante. A literatura não refere estudos sobre este tema.

Relativamente à decisão terapêutica, verificámos que existe concordância intra-examinador moderada. *Zadick Y. et al*, mencionam no seu estudo que a decisão terapêutica não é feita com base em critérios objetivos⁴⁵. *Kostopoulou et al*, mencionam que é baixa a concordância intra-examinador e justificam estes resultados com a existência de aspetos subjetivos e devido à experiência do clínico. No contexto desse estudo, os clínicos revelaram ainda necessitar de mais informação para reproduzir uma decisão mais coerente entre avaliações tendo em alguns casos optado por não extrair e controlar clínica e radiograficamente o dente durante um período de tempo específico⁴⁶.

5. Conclusão

De acordo com o presente estudo e tipo de amostragem, é possível retirar as seguintes conclusões:

- A avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares não é influenciada pelo estatuto profissional do observador.
- A abordagem terapêutica é influenciada pelas características individuais do clínico: anos de experiência clínica e pós-graduações de Ortodontia e Reabilitação Oclusal.
- Apesar do caso clínico influenciar a decisão terapêutica a proximidade ao canal mandibular e a visibilidade na cavidade oral não contribuem para essa escolha.
- Existe concordância intra-examinador na avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares mandibulares e na decisão da abordagem terapêutica.

6. Agradecimentos

Quero agradecer às minhas orientadoras, Mestre Daniela Pereira e Doutora Joana Amaral pela colaboração e disponibilidade ao longo da realização deste trabalho.

Ao Professor Francisco Caramelo pela ajuda, pela paciência e pela total disponibilidade.

À minha binómia e amiga pelos bons momentos e pelo apoio nos momentos menos bons.

Um agradecimento muito especial aos meus colegas e aos meus amigos que direta ou indiretamente me ajudaram neste trabalho e que sempre tiveram um papel fundamental no meu crescimento e formação. Obrigada pelo apoio incondicional e pelos bons momentos partilhados.

Agradeço ainda à minha família que apesar da distância esteve sempre presente. Obrigada pelo carinho, pela paciência e pelo total apoio.

7. Bibliografia

1. Susarla SM, Dodson TB. Risk factors for third molar extraction difficulty. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(11):1363-71.
2. Kinard BE, Dodson TB. Most patients with asymptomatic, disease-free third molars elect extraction over retention as their preferred treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(12):2935-42.
3. McArdle LW, Renton T. The effects of NICE guidelines on the management of third molar teeth. *Br Dent J.* 2012;213(5):E8.
4. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. White paper on third molar data. November 2011.
5. Dodson TB. The management of the asymptomatic, disease-free wisdom tooth: removal versus retention. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2012;20(2):169-76.
6. Haug RH, Abdul-Majid J, Blakey GH, White RP. Evidenced-based decision making: the third molar. *Dent Clin North Am.* 2009;53(1):77-96.
7. Kandasamy S, Jerrold L, Friedman JW. Asymptomatic third molar extractions: Evidence-based informed consent. *Journal of the World Federation of Orthodontists.* 2012;1(4):e135-e8.
8. White RP, Jr., Proffit WR. Evaluation and management of asymptomatic third molars: Lack of symptoms does not equate to lack of pathology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011;140(1):10-6.
9. Libersa P, Roze D, Cachart T, Libersa JC. Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(2):163-5.
10. Eshghpour M, Nezadi A, Moradi A, Shamsabadi R M, Rezaei N M, Nejat A. Pattern of mandibular third molar impaction: A cross-sectional study in northeast of Iran. *Niger J Clin Pract* 2014;17:673-7.
11. Tay AB, Go WS. Effect of exposed inferior alveolar neurovascular bundle during surgical removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(5):592-600.
12. Malkawi Z, Al-Omiri MK, Khraisat A. Risk indicators of postoperative complications following surgical extraction of lower third molars. *Med Princ Pract.* 2011;20(4):321-5.
13. Lago-Mendez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Gude-Sampedro F, Gandara Rey JM, Garcia-Garcia A. Relationships between surgical difficulty and postoperative pain in lower third molar extractions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(5):979-83.

14. Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42(3):209-14.
15. Renton T, Smeeton N, McGurk M. Oral surgery: Factors predictive of difficulty of mandibular third molar surgery. *Br Dent J.* 2001;190(11):607-10.
16. Phillips C, White RP, Jr., Shugars DA, Zhou X. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(12):1436-48.
17. Komerik N, Muglali M, Tas B, Selcuk U. Difficulty of impacted mandibular third molar tooth removal: predictive ability of senior surgeons and residents. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(6):1062.e1-6.
18. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(10):1977-83.
19. Susarla SM, Dodson TB. Estimating third molar extraction difficulty: a comparison of subjective and objective factors. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(4):427-34.
20. Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007;19(1):1-13.
21. Bali A, Bali D, Sharma A, Verma G. Is Pederson Index a True Predictive Difficulty Index for Impacted Mandibular Third Molar Surgery? A Meta-analysis. *J Maxillofac Oral Surg.* 2013;12(3):359-64.
22. Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, Duarte BG, Ferreira-Júnior O, Sant'Ana E, et al. Evaluation of the positions of impacted third molars according to the Winter and Pell & Gregory classifications in panoramic radiography. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.* 2010;10:83-90.
23. Garcia AG, Sampedro FG, Rey JG, Vila PG, Martin MS. Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(6):585-7.
24. Carvalho RW, do Egito Vasconcelos BC. Assessment of factors associated with surgical difficulty during removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(11):2714-21.
25. Susarla SM, Dodson TB. How well do clinicians estimate third molar extraction difficulty? *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(2):191-9.
26. Brasileiro BF, de Braganca RM, Van Sickels JE. An evaluation of patients' knowledge about perioperative information for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(1):12-8.

27. Atchison KA, Black EE, Leathers R, Belin TR, Abrego M, Gironde MW, et al. A qualitative report of patient problems and postoperative instructions J Oral Maxillofac Surg. 2005;63(4):449-56.
28. Neves FS, de Almeida SM, Boscolo FN, Haiter-Neto F, Alves MC, Crusoe-Rebello I, et al. Risk assessment of inferior alveolar neurovascular bundle by multidetector computed tomography in extractions of third molars. Surg Radiol Anat. 2012;34(7):619-24.
29. Tantanapornkul W, Okouchi K, Fujiwara Y, Yamashiro M, Maruoka Y, Ohbayashi N, et al. A comparative study of cone-beam computed tomography and conventional panoramic radiography in assessing the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;103(2):253-9.
30. Barreiro-Torres J, Diniz-Freitas M, Lago-Mendez L, Gude-Sampedro F, Gandara-Rey JM, Garcia-Garcia A. Evaluation of the surgical difficulty in lower third molar extraction. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15(6):e869-74.
31. Pippi R. Evaluation capability of surgical difficulty in the extraction of impacted mandibular third molars: a retrospective study from a post-graduate institution. Ann Stomatol (Roma). 2014;5(1):7-14.
32. Ferrus-Torres E, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Diagnostic predictability of digital versus conventional panoramic radiographs in the presurgical evaluation of impacted mandibular third molars. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2009;38(11):1184-7.
33. Fuster Torres MA, Gargallo Albiol J, Berini Aytes L, Gay Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(8):E499-504.
34. Allen RT, Witherow H, Collyer J, Roper-Hall R, Nazir MA, Mathew G. The mesioangular third molar--to extract or not to extract? Analysis of 776 consecutive third molars. Br Dent J. 2009;206(11):E23; discussion 586-7.
35. McArdle LW, McDonald F, Jones J. Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of third molar teeth? Update. Br J Oral Maxillofac Surg. 2014;52(2):185-9.

36. White RP, Jr., Fisher EL, Phillips C, Tucker M, Moss KL, Offenbacher S. Visible third molars as risk indicator for increased periodontal probing depth. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(1):92-103.
37. Frenkel B, Givol N, Shoshani Y. Coronectomy of the mandibular third molar: a retrospective study of 185 procedures and the decision to repeat the coronectomy in cases of failure. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(4):587-94.
38. Camargo IB, Melo AR, Fernandes AV, Cunningham LL, Jr., Laureano Filho JR, Van Sickels JE. Decision making in third molar surgery: a survey of Brazilian oral and maxillofacial surgeons. *Int Dent J.* 2015.
39. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. General dental practitioners' evaluation of the need for extraction of asymptomatic mandibular third molars. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 347-350.
40. Niedzielska I. Third molar influence on dental arch crowding. *Eur J Orthod.* 2005;27(5):518-23.
41. Sidlauskas A, Trakiniene G. Effect of the lower third molars on the lower dental arch crowding. *Stomatologija.* 2006;8(3):80-4.
42. Kandasamy S. Evaluation and management of asymptomatic third molars: Watchful monitoring is a low-risk alternative to extraction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011;140(1):11-7.
43. Craddock HL, Youngson CC. A study of the incidence of overeruption and occlusal interferences in unopposed posterior teeth. *Br Dent J.* 2004;196(6):341-8.
44. Ragini, Navjot Singh, Sandeep Goyal, Peadeep, Puneet. Prediction of third molar eruption. *J Ind Orthod Soc* 2003;36:103-112.
45. Zadik Y, Levin L. Decision making of Israeli, East European, and South American dental school graduates in third molar surgery: is there a difference? *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(4):658-62
46. Kostopoulou O, Brickley MR, Shepherd JP, Newcombe RG, Knutsson K, Rohlin M. Intra-observer reliability regarding removal of asymptomatic third molars. *Br Dent J.* 1998;184(11):557-9.

8. Anexos

Anexo 1- Inquérito

Inquérito

O meu nome é Maria Isabel Sousa Miranda Pereira Basto, sou aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

No âmbito da minha tese de mestrado intitulada: “Variabilidade inter e intra-examinador do grau de dificuldade cirúrgica de terceiros molares inferiores.”, encontro-me a realizar inquéritos a Médicos Dentistas, Estomatologistas e estudantes finalistas de Medicina Dentária. Com a realização deste trabalho pretendo conhecer a influência da experiência cirúrgica do clínico bem como os possíveis fatores inerentes a cada caso clínico que possam influenciar a avaliação do grau de dificuldade da extração de terceiros molares inferiores.

O inquérito realizado encontra-se dividido em duas partes, numa primeira parte são questionados os dados demográficos do clínico. E na segunda parte são apresentados quinze casos clínicos para que seja criteriosamente avaliado o grau de dificuldade da extração do terceiro molar inferior. Esta avaliação será feita numa escala de zero (0) a dez (10) representando “sem dificuldade” e “extremamente difícil”, respetivamente. Para cada caso é também questionada qual a decisão terapêutica que o clínico considera mais adequada. Sendo que no caso de optar pela extração deve também indicar quais os procedimentos cirúrgicos que considera necessários.

No sentido de avaliar a reprodutibilidade dos critérios do clínico na avaliação do grau de dificuldade da extração dos terceiros molares inferiores este inquérito será realizado novamente no espaço de aproximadamente dois meses e por esta razão os inquéritos serão codificados.

Lembro que a informação recolhida será confidencial e apenas para fins estatísticos.

Agradeço desde já pela colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Isabel Sousa Miranda Pereira Basto

**Dados demográficos do Médico Dentista, Estomatologista ou estudante finalista de
Medicina Dentária**

Nas questões que se seguem, por favor, assinale a resposta mais adequada ou preencha o respectivo espaço se for o caso.

Número do inquérito:

Idade:

Género: F: _

M: _

Mão dominante: Direita: _

Esquerda: _

Grau de Formação Académica: Estudante*: _

Licenciatura em Medicina Dentária*: _

Licenciatura em Medicina, Especialidade em Estomatologia*: _

Mestrado Integrado em Medicina Dentária*: _

Mestrado: _

Doutoramento: _

*Ano de término e Instituição: _____

Pós-graduação: Cirurgia Oral: _

Ortodontia: _

Implantologia: _

Periodontologia: _

Reabilitação Protética: _

Endodontia: _

Dentisteria: _

Odontopediatria: _

Oclusão: _

Avaliação da dificuldade cirúrgica na extração do terceiro molar inferior

Analise criteriosamente os casos clínicos apresentados no anexo deste inquérito, recorrendo aos dados imagiológicos (ortopantomografia) e informação clínica cedida.

Após ponderação de cada caso preencha a tabela que se segue. Para o efeito, refira o grau de dificuldade cirúrgico da respetiva extração de zero a dez tendo em consideração que zero (0) corresponde a “ausência de dificuldade” e o dez (10) a “dificuldade máxima”. Em seguida assinale na tabela, com uma cruz, a decisão terapêutica que considera mais adequada para o dente em análise (Extrair/ Não Extrair). No caso de considerar que o dente deve ser extraído selecione, com uma cruz, os procedimentos cirúrgicos que considera necessários: odontosseção parcial da coroa (OSPC), odontosseção total da coroa (OSTC), odontosseção das raízes (OSR); osteotomia (O).

Na sua avaliação, considere que todos os pacientes são cooperantes e saudáveis e os terceiros molares estão assintomáticos.

Tabela:

Caso Clínico	Grau de dificuldade	Decisão Terapêutica		Técnica Cirúrgica			
		Extrair	Não Extrair	OSPC	OSTC	OSR	O
Caso 1							
Caso 2							
Caso 3							
Caso 4							
Caso 5							
Caso 6							
Caso 7							
Caso 8							
Caso 9							
Caso 10							
Caso 11							
Caso 12							
Caso 13							
Caso 14							
Caso 15							

Agradeço a colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Isabel Sousa Miranda Pereira Basto.

Casos Clínicos

Analise criteriosamente os casos clínicos apresentados, recorrendo aos dados imagiológicos (ortopantomografia) e informação clínica cedida.

Após ponderação de cada caso preencha a tabela da página 3 do inquérito, seguindo as instruções aí presentes.

Na sua avaliação, considere que todos os pacientes são cooperantes e saudáveis e os terceiros molares estão assintomáticos.

Caso Clínico 1: Paciente do sexo feminino, saudável, com 25 anos de idade, colaborante com o dente **38** não visível na cavidade oral.



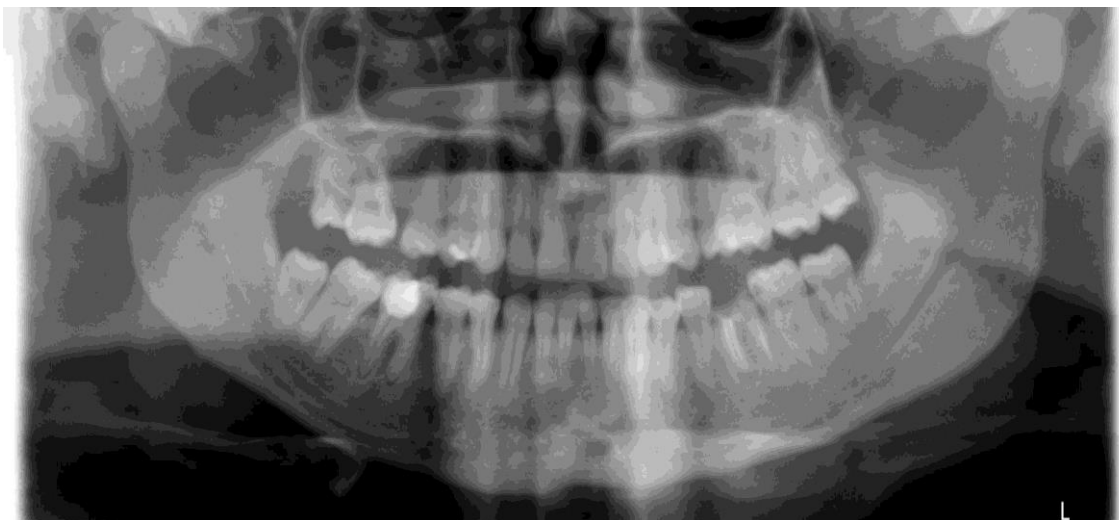
Caso Clínico 2: Paciente do sexo masculino, saudável, com 31 anos de idade, colaborante com o dente **38** parcialmente visível na cavidade oral.



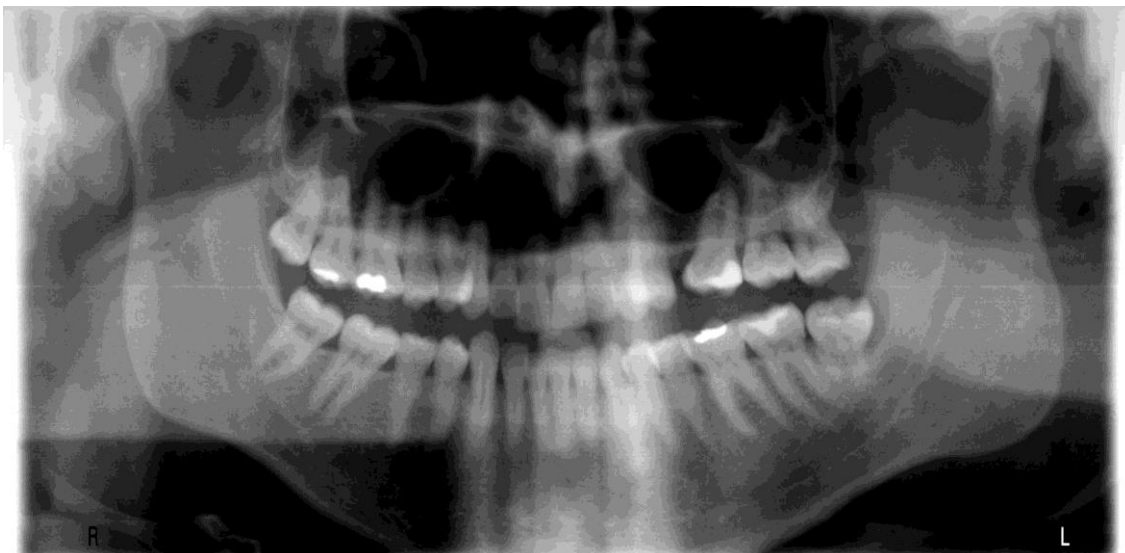
Caso Clínico 3: Paciente do sexo feminino, saudável, com 32 anos de idade, colaborante com o dente 38 não visível na cavidade oral.



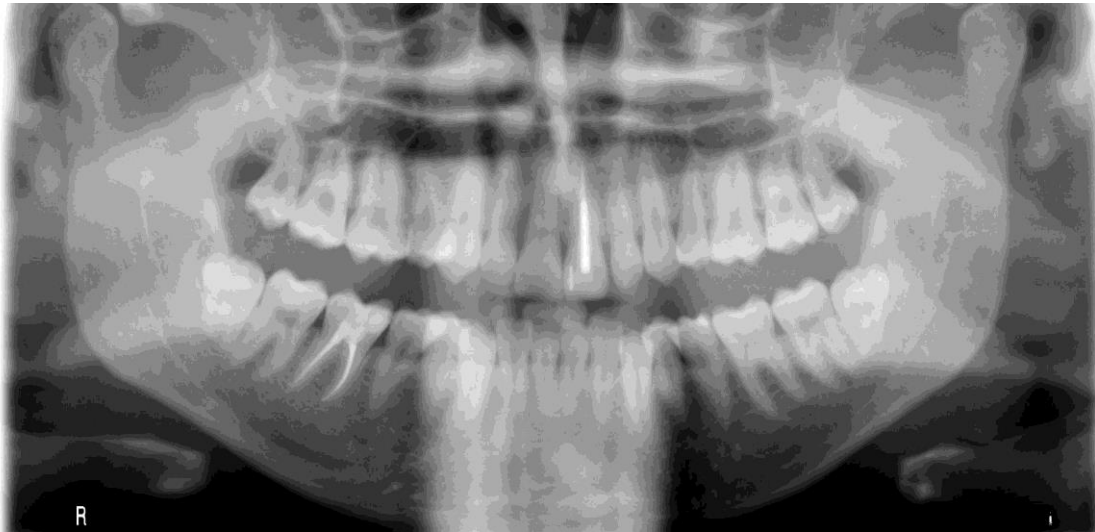
Caso Clínico 4: Paciente do sexo masculino, saudável, com 32 anos de idade, colaborante com o dente 48 parcialmente visível na cavidade oral.



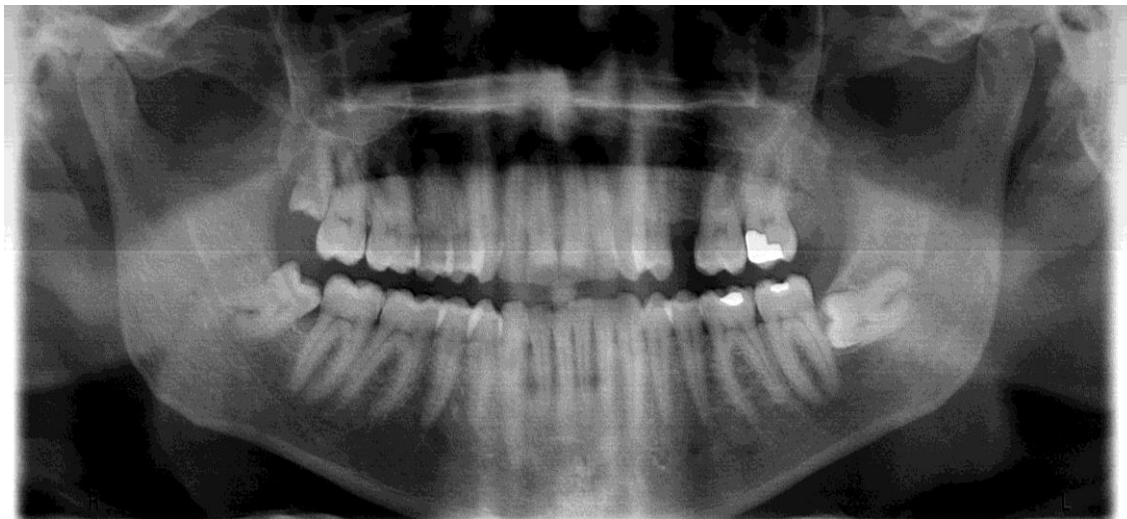
Caso Clínico 5: Paciente do sexo masculino, saudável, com 36 anos de idade, colaborante com o dente 38 parcialmente visível na cavidade oral.



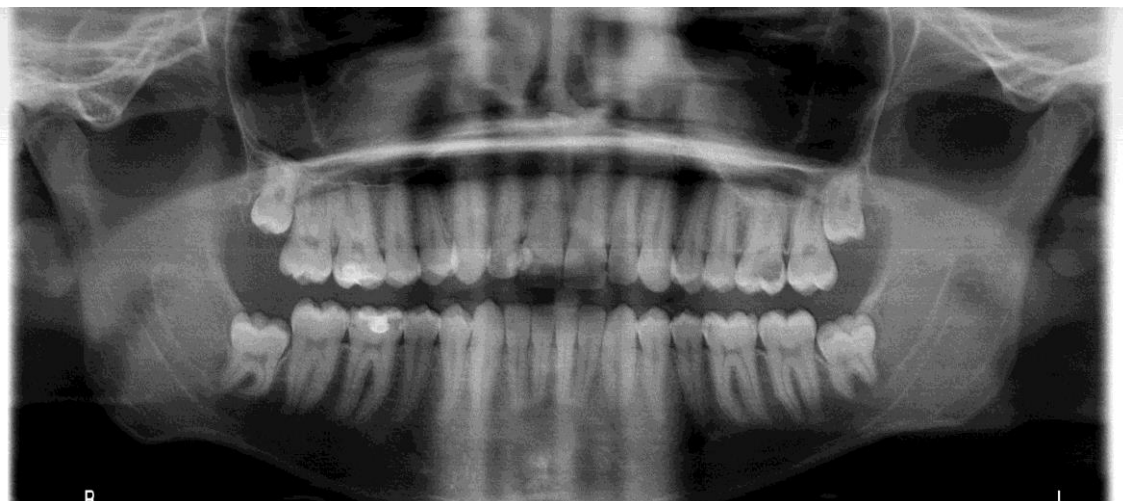
Caso Clínico 6: Paciente do sexo masculino, saudável, com 35 anos de idade, colaborante com o dente **38** não visível na cavidade oral.



Caso Clínico 7: Paciente do sexo masculino, saudável, com 44 anos de idade, colaborante com o dente **38** não visível na cavidade oral.



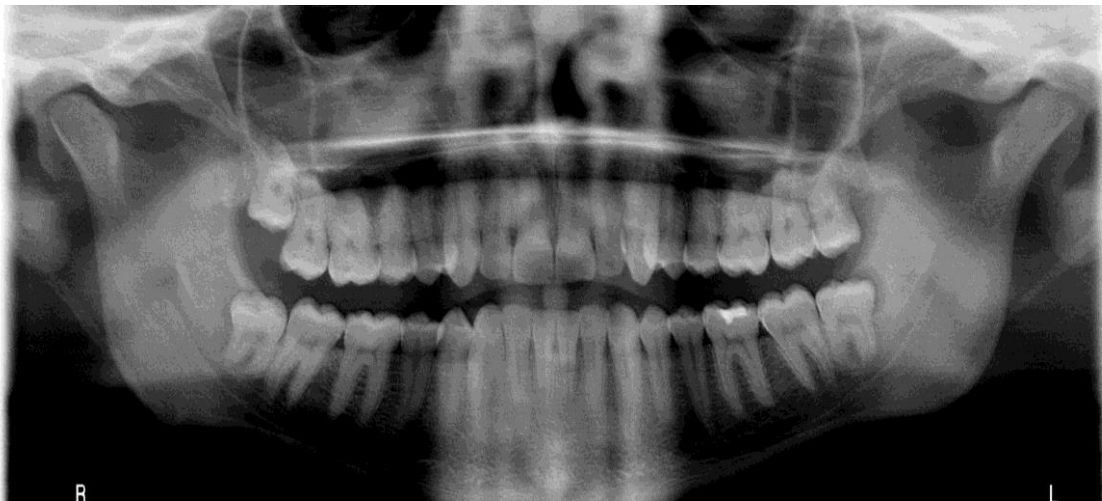
Caso Clínico 8: Paciente do sexo masculino, saudável, com 20 anos de idade, colaborante com o dente **48** não visível na cavidade oral.



Caso Clínico 9: Paciente do sexo masculino, saudável, com 25 anos de idade, colaborante com o dente **48 totalmente visível** na cavidade oral.



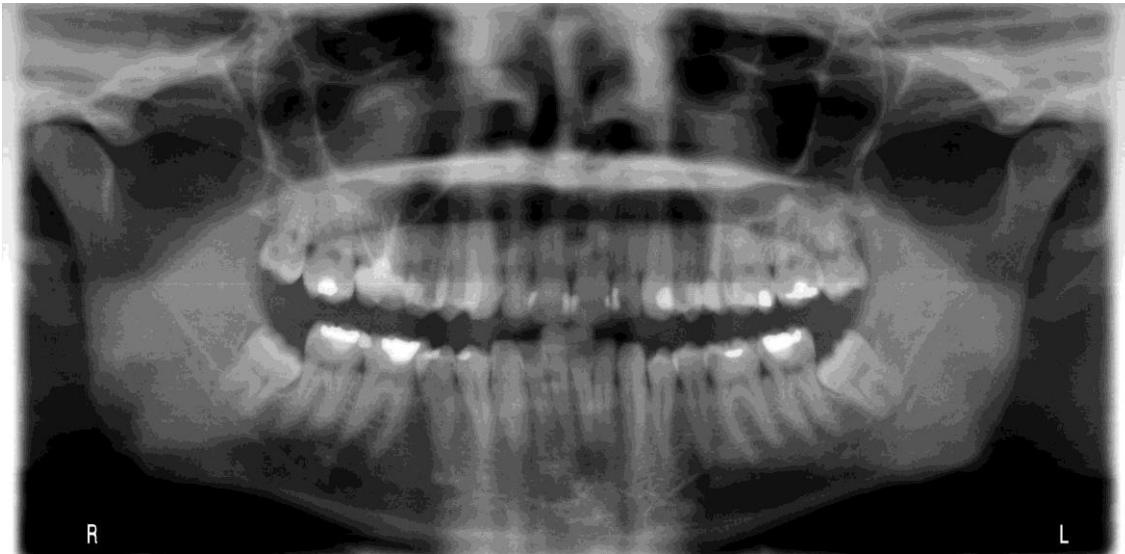
Caso Clínico 10: Paciente do sexo masculino, saudável, com 22 anos de idade, colaborante com o dente **48 não visível** na cavidade oral.



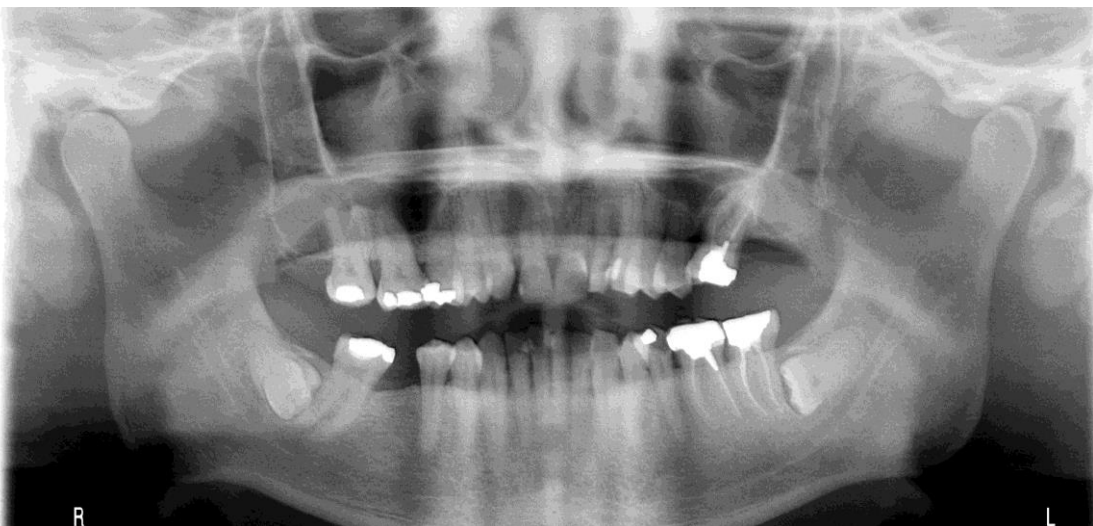
Caso Clínico 11: Paciente do sexo masculino, saudável, com 25 anos de idade, colaborante com o dente **38 parcialmente visível** na cavidade oral.



Caso Clínico 12: Paciente do sexo masculino, saudável, com 34 anos de idade, colaborante com o dente **48** não visível na cavidade oral.



Caso Clínico 13: Paciente do sexo masculino, saudável, com 53 anos de idade, colaborante com o dente **48** não visível na cavidade oral.



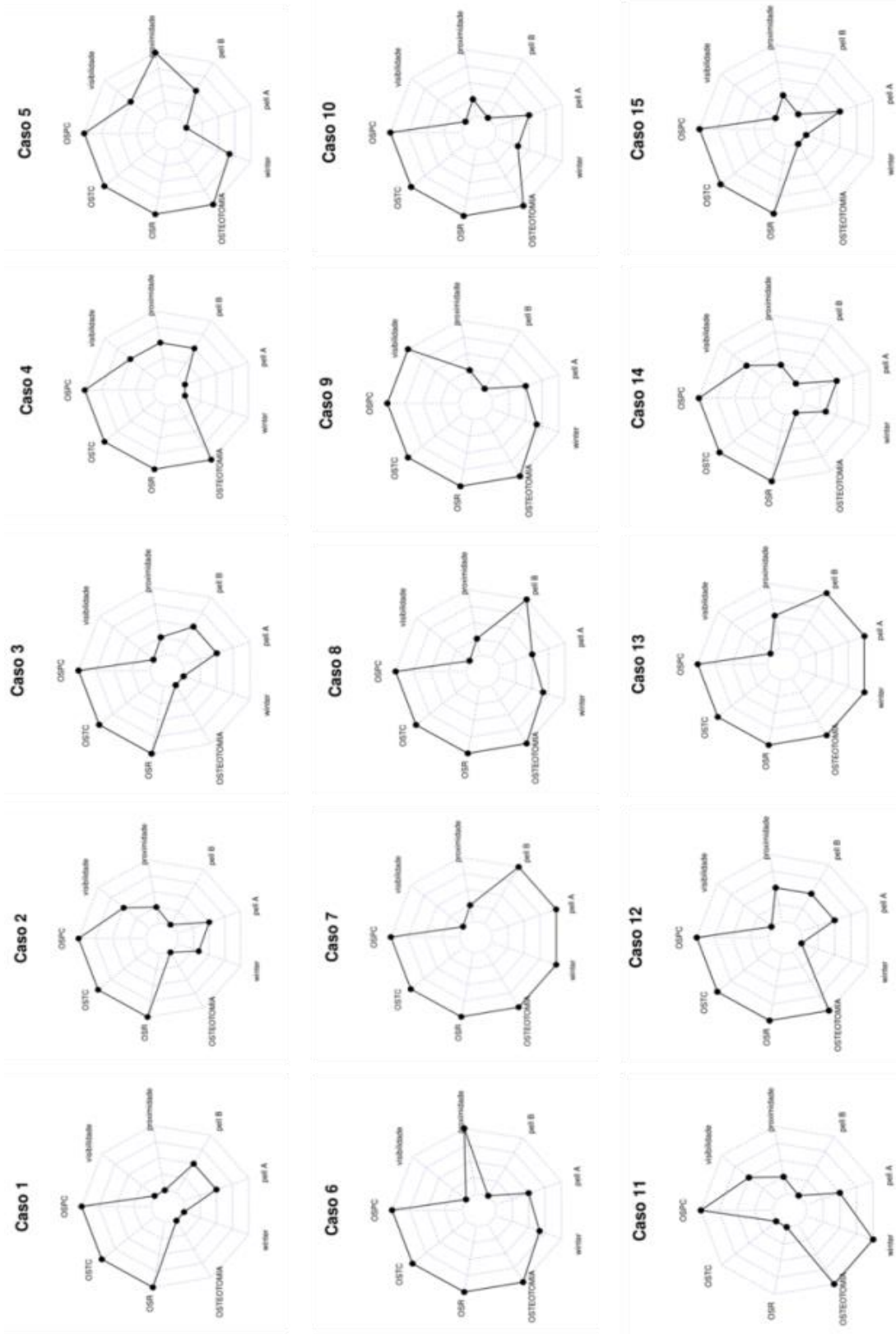
Caso Clínico 14: Paciente do sexo masculino, saudável, com 31 anos de idade, colaborante com o dente **48** parcialmente visível na cavidade oral.



Caso Clínico 15: Paciente do sexo feminino, saudável, com 22 anos de idade, colaborante com o dente 48 não visível na cavidade oral.



Anexo 2



Gráficos radar apresentando em cada eixo as características do dente em cada caso clínico (Visibilidade na cavidade oral, proximidade ao canal mandibular, Classificação de Winter e Classificação de Pell&Gregory) e as modas das técnicas cirúrgicas escolhidas pelos observadores que optaram pela extração desse dente (odontosseção parcial da coroa, odontosseção total da coroa, odontosseção da raiz e osteotomia).