

Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular

Jessica Tiemi Ribeiro Ishii¹ , Jonas Dantas Batista² , Roberto Massayoshi Gondo² , Plínio Eduardo Celiac de Melo³ , Clovis Martins Silva³ , Flaviana Soares Rocha¹ 

RESUMO

Dentes ectópicos são frequentemente encontrados, entretanto, terceiros molares inferiores ectópicos são incomuns, com etiologia obscura e pouco descritos na literatura pertinente. Sua localização já foi relatada nas regiões condilar, subcondilar, incisura mandibular, ângulo e borda inferior da mandíbula. Devido à importância do planejamento terapêutico, manejo adequado e variedade das manifestações clínicas desta condição, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de terceiro molar inferior ectópico na região de incisura mandibular, com radiolucência aumentada ao redor da coroa, em um paciente do gênero masculino, de 28 anos e sem sintomatologia. Acompanhamento radiográfico pode ser indicado, no entanto, em pacientes sintomáticos ou com alterações patológicas associadas, a extração deve ser considerada. Diante disso, o tratamento de escolha foi a extração do dente 38 sob anestesia geral, por via intraoral, tendo em vista a posição dentária, radiolucência e morbidade associada à cirurgia. O tecido mole circundante foi enviado para análise anatomopatológica. O paciente evoluiu sem intercorrências durante avaliação pós-operatória.

Palavras-chave: Terceiro molar, Erupção ectópica de dente, Mandíbula.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dental resulta de um complexo processo de interação entre o epitélio oral e os tecidos subjacentes, que se inicia com a formação da lâmina dentária e finaliza com a erupção dental¹. O desenvolvimento dentário ocorre em três estágios: botão, capuz e sino. Estes termos são descritivos da morfologia do germe dental em desenvolvimento¹, representado por um conjunto de células epiteliais e ectomesenquimais precursoras do dente. Uma interação tecidual anormal durante esse desenvolvimento pode resultar em alterações de número, forma e localização dos germes dentais e na formação de dentes ectópicos². Uma variedade de genes é expressa durante o desenvolvimento dentário. O fator de transcrição Lef-1 é um elemento chave na formação de padrões e na determinação do destino celular durante o desenvolvimento embrionário, sendo expresso pela primeira vez em espessamentos epiteliais dentais e durante a formação do botão¹. A expressão ectópica deste fator de transcrição no epitélio oral está relacionada à formação de dentes ectópicos¹.

As ectopias dentais consistem em dentes que se desenvolveram em uma região afastada de sua posição normal na arcada dental^{1,3}, podendo estar envolvidos dentes supranumerários, decíduos ou permanentes⁴. A etiologia dessa alteração ainda é incerta, embora várias causas sejam sugeridas na literatura, incluindo distúrbios do desenvolvimento, traumas, obstruções ao crescimento da dentição, osso extremamente denso, persistência da dentição decídua, fatores genéticos, além de infecções e cistos odontogênicos^{1,3,5-8}. Alguns autores sugerem que eles são resultado de um desvio inicial de posição dos germes dentários^{3,8} e que existe relação entre o tipo de dente envolvido e a região anatômica onde ele se encontra⁵.

A presença deste fenômeno pode ocorrer em localização diversa na cavidade oral e, até mesmo em outras regiões do corpo³. Foram relatados casos de dentes ectópicos presentes no seio maxilar, processo condilar, processo coronoide, cavidade nasal, órbita, palato e pele⁹. As erupções dentais ectópicas envolvem, mais comumente, os primeiros molares superiores e os incisivos laterais inferiores¹⁰. Contudo, apesar de serem raros,

¹ Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia, Brasília, (DF), Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Odontologia, Uberlândia, (MG), Brasil

³ Faculdade de Odontologia de Anápolis – FOA. Goiânia – (GO), Brasil



existem relatos de terceiros molares ectópicos em processo coronoide¹¹⁻¹⁵, processo condilar^{2,10,16-19}, e região de ramo mandibular^{5,20}. Com relação aos terceiros molares inferiores ectópicos, tal alteração pode ser decorrente à falta de espaço entre o segundo molar e o ramo da mandíbula²¹ e/ou de uma desproporção entre a base da mandíbula e a direção do crescimento dos terceiros molares²².

Os poucos relatos de terceiros molares inferiores ectópicos encontrados na literatura dificultam levantamentos epidemiológicos com predileção de sexo, localização, sinais, sintomas e manejo ideal. Entretanto, nota-se uma maior prevalência desta condição em mulheres, e localização condilar, seguido pelo processo coronoide, incisura e ramo mandibulares²⁰. Com relação à sintomatologia, é possível identificar casos assintomáticos, porém, comumente são descritos casos com presença dor, aumento volumétrico, febre, sinusite, trismo, dificuldade mastigatória e disfunção na articulação temporomandibular^{4,8,15,18,23-25}.

A conduta clínica para essa anormalidade ainda permanece discutível, no entanto, quatro opções de tratamento foram sugeridas: (1) observação quando não se tem nenhuma sintomatologia ou patologia evidente; (2) eliminar a impactação mediante intervenção ortodôntica ou remoção de dentes decíduos/permanentes; (3) reposicionamento do dente ectópico com o auxílio da terapia ortodôntica ou cirúrgica; (4) extração em casos sintomáticos, associados ou não a patologias e impossibilidade de realizar os tratamentos anteriores¹⁴.

O presente relato de caso teve aprovação bioética por parte do Comitê de Ética em Pesquisa e tem por objetivo relatar um caso de terceiro

molar ectópico em região de incisura mandibular, enfatizando aspectos relevantes para o manejo dessa alteração e sua possível etiologia.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 28 anos do gênero masculino, buscou o serviço de Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial para remoção de dente 38 ectópico localizado em região de incisura mandibular esquerda, encontrado durante avaliação radiográfica de rotina para tratamento ortodôntico. Durante a anamnese, o paciente apresentou-se assintomático e nenhum sinal de alteração extra e/ou intra-oral foi encontrado. A história médica não forneceu dados relevantes ao caso, o paciente não relatava traumas ou problemas odontológicos, senão a alteração de alinhamento dental e a não erupção dos dentes 28 e 38. Nenhum outro familiar apresentou história odontológica ou médica relevante.

Na radiografia panorâmica observou-se imagem compatível com o germe dental do elemento 38 invertido envolvido por uma área radiolúcida unilocular e localizado entre a incisura mandibular e a entrada do canal mandibular (Fig. 1). Considerando estas informações, foram levantadas hipóteses de diagnóstico de folículo dental hiperplásico para a área radiolúcida, e ectopia para a localização do germe do dente 38. Diante disso, devido à possível alteração patológica associada ao germe do dente 38, foi indicada a remoção cirúrgica do dente 38, além do folículo dental com a finalidade de evitar complicações futuras como fraturas na região e danos às estruturas nervosas adjacentes.

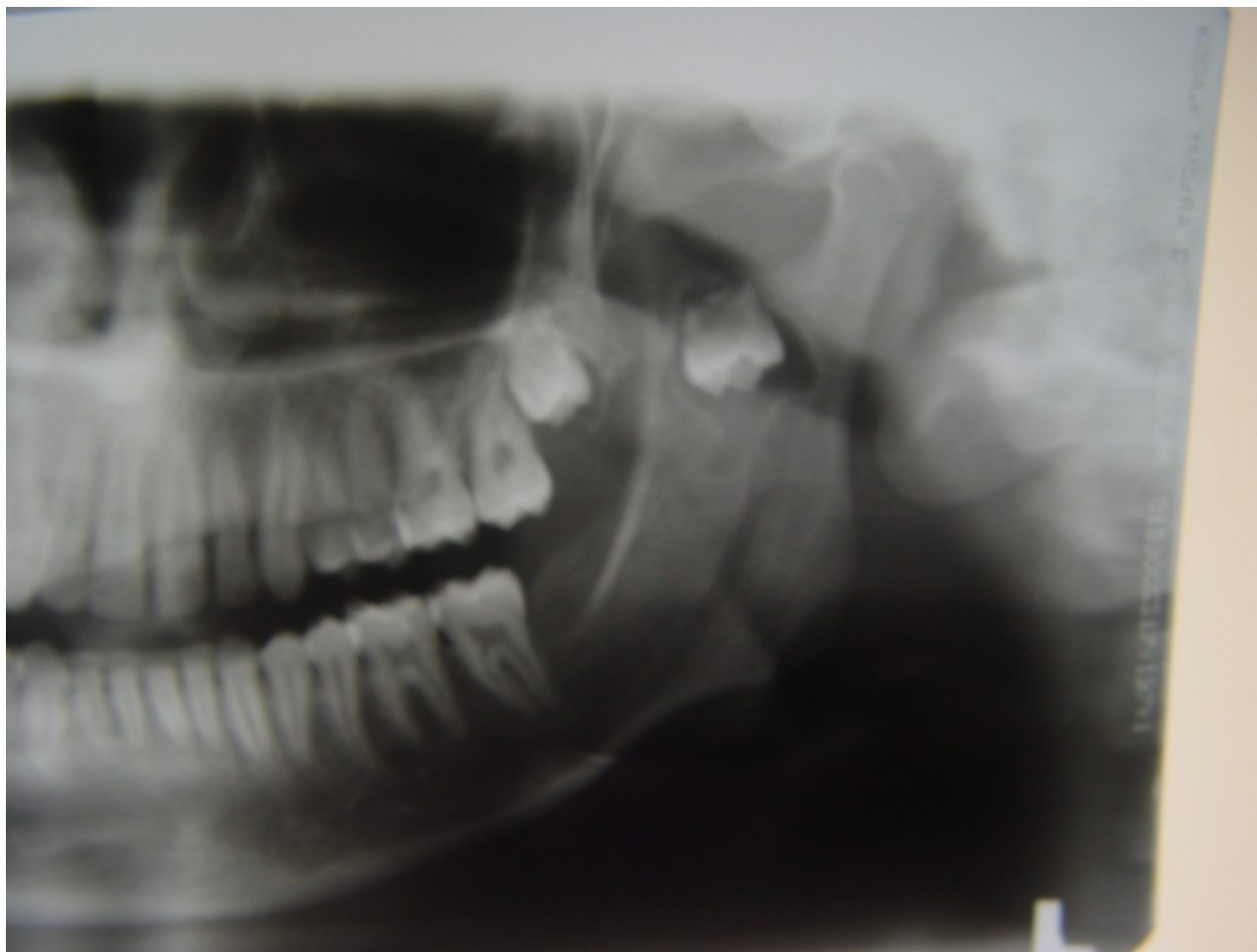


Fig. 1: Exame radiográfico.

Evidenciação em radiografia panorâmica de dente 38 invertido envolvido por área radiolúcida unilocular em região de incisura mandibular.

Devido à posição dentária de difícil acesso, radiolucência e morbidade associada à cirurgia, bem como à solicitação do paciente, uma vez que esse se apresentava muito apreensivo com o ato cirúrgico proposto, optou-se pela remoção sob anestesia geral por acesso intraoral. Realizou-se então uma incisão linear de aproximadamente 4 cm desde a porção mais superior do ramo ascendente da mandíbula até a distal do dente 37 com descolamento do retalho mucoperiosteal na porção lateral da mandíbula, expondo o ramo ascendente a parte do processo coronoide (Fig. 2A e B).

Após o afastamento do tecido mole na região, pode se observar o dente, que foi removido juntamente com um tecido mole localizado na região pericoronária utilizando um descolador Molt e pinça hemostática curva, seguido pela sutura (Fig. 2C, E e F). O tecido mole removido foi encaminhado para avaliação anatomopatológica, e o diagnóstico definitivo foi de folículo pericoronário hiperplásico (Fig. 3). Não houve intercorrências no período pós-operatório imediato. O paciente realizou acompanhamento durante 12 meses após o procedimento, sem queixas.

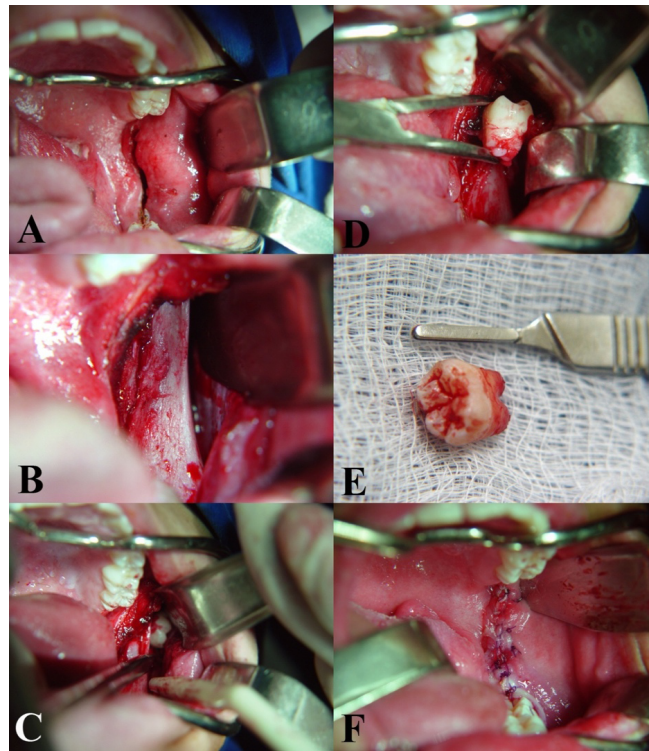


Fig 2: Técnica cirúrgica.

(A) Incisão linear de aproximadamente 4 cm desde a porção mais superior do ramo ascendente da mandíbula até a distal do dente 37. (B) Descolamento do retalho mucoperiosteal na porção lateral da mandíbula, expondo todo ramo ascendente a parte do processo coronoide. (C) Afastamento do tecido mole na região onde pode se observar o dente. (D) Remoção do dente com auxílio do descolador Molt e pinça hemostática curva. (E) Elemento dentário ectópico. (F) Pós-operatório imediato.

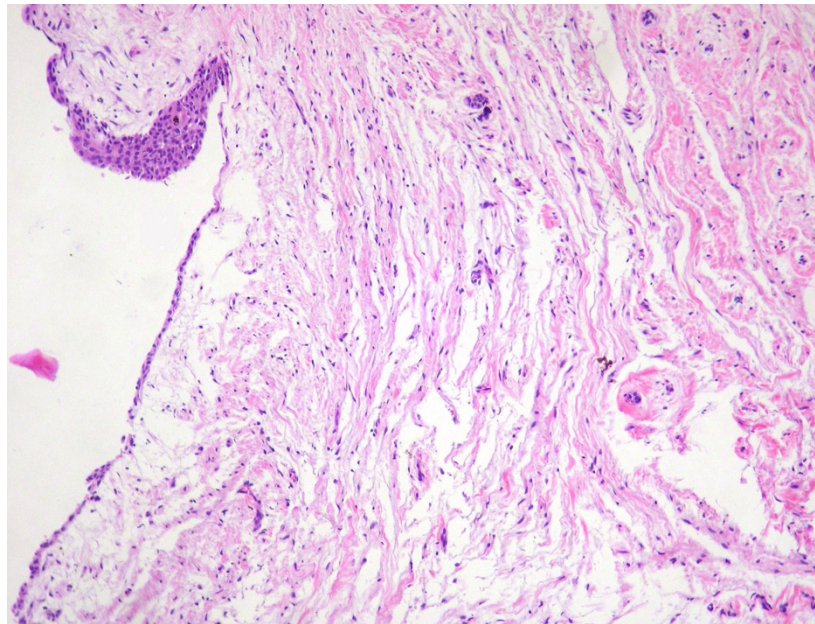


Fig. 3: Achados histopatológicos.

Aspectos histopatológicos do tecido mole mostrando a presença de epitélio reduzido do esmalte apresentando metaplasia escamosa e estroma fibroso contendo inúmeros cordões de epitélio odontogênico, quadro que somado aos achados radiográficos é compatível com folículo dentário hiperplásico (Hematoxilina & Eosina, aumento original 40x).

DISCUSSÃO

Os dentes ectópicos são definidos etimologicamente como “dentes fora de posição” e constituem um problema importante para o profissional da odontologia, uma vez que a ectopia associada a não erupção dental pode levar a alterações funcionais, reabsorções radiculares e formação de cistos, como o cisto dentífero e o cisto odontogênico ortoqueratinizado¹⁻³. Tendo em vista as consequências, torna-se necessário entender o processo da ectopia para, inclusive, responder a diversos questionamentos sobre sua etiologia e a conduta clínica.

Os terceiros molares inferiores ectópicos foram localizados em diferentes regiões da mandíbula incluindo côndilo, subcôndilo, incisura mandibular, processo coronoide, ramo ascendente da mandíbula, ângulo da mandíbula e borda do corpo mandibular⁴. Devido à inexistência de uma classificação para a localização em casos de terceiros molares inferiores ectópicos, Wu et al.⁴ sugeriram uma nova classificação com base em suas localizações anatômicas em radiografias panorâmicas tornando a comunicação entre os profissionais da saúde mais clara e precisa. Para esta classificação, em uma radiografia panorâmica ou em imagens derivadas de tomografias computadorizadas de feixe cônico, quatro linhas são traçadas (a, b, c e d) para determinar quatro níveis diferentes (I, II, III e IV) relativos às localizações dos terceiros molares ectópicos (Fig. 4). As referências utiliza-

das para traçar as linhas foram distintas: (Linha a) é desenhada a partir do plano oclusal dos dentes mesiais ao terceiro molar ectópico, como segundo e/ou primeiro molar e o ponto de intersecção entre a esta linha e o ramo mandibular anterior foi definido como RMA (Ramo Mandibular Anterior); (Linha b) é desenhada em paralelo com a linha a e estendida a partir das pontas das raízes do segundo molar ou, em sua ausência, das raízes do primeiro molar; (Linha c) é desenhada perpendicular à linha b e tangenciando o longo eixo da face distal do dente mesial ao terceiro molar ectópico; (Linha d) é paralela à linha c e passa pelo ponto AMR. A área delimitada pelas quatro linhas foi definida como a região fisiológica para erupção do terceiro molar, portanto, terceiros molares que apresentam quaisquer partes dentro desta região são definidos como dentes impactados em vez de ectópicos e não são classificados segundo a nova classificação de Wu et al.⁴. Para a classificação de Wu et al.⁴ quanto nível do dente ectópico, a região mais superior da mandíbula que inclui as regiões condilar, subcondular, coronoide e incisura mandibular, delimitada pelas linhas a e d, corresponde ao nível I (Fig. 4). A região que inclui o ramo mandibular, delimitada pelas linhas a, b e d, corresponde ao nível II (Fig. 4). A região abrangendo o ângulo da mandíbula, delimitada pelas linhas b e d, corresponde ao nível III e a região do corpo mandibular corresponde ao nível IV (Fig. 4). Assim sendo, no presente relato de caso o dente 38 localizava-se ao nível I.

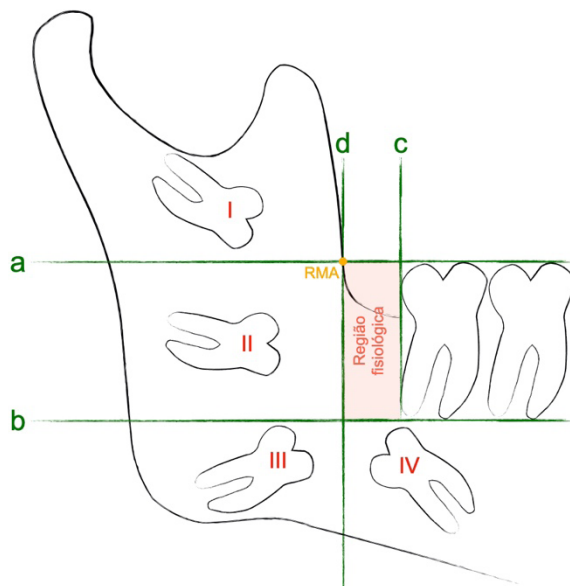


Fig. 4: Classificação para a localização em casos de terceiros molares inferiores ectópicos.

A linha a foi desenhada a partir do plano oclusal dos dentes adjacentes ao terceiro molar inferior ectópico. O ponto RMA foi obtido a partir da intersecção entre a linha a e o ramo mandibular anterior. A linha b foi desenhada a partir das pontas das raízes do segundo molar e paralela à linha a. A linha c foi desenhada perpendicular à linha b e tangenciando o longo eixo da face distal do dente mesial ao terceiro molar ectópico. A linha d foi desenhada paralela à linha c e passa pelo ponto AMR. A partir das áreas delimitadas pelas linhas foi possível determinar a região fisiológica para erupção do terceiro molar (delimitada pelas quatro linhas) e quatro níveis (I-IV) de localizações ectópicas para o terceiro molar inferior.

A etiologia das ectopias ainda não foi completamente esclarecida, e em muitos casos, não pode ser identificada¹⁴. É sugerido que eles seriam resultado de um desvio de posição dos germes dentários^{3,8}, existindo uma relação entre o tipo de dente envolvido e a região anatômica onde ele se encontra⁵. Com relação aos terceiros molares, tal alteração pode ser decorrente à falta de espaço entre o segundo molar e o ramo da mandíbula²¹ e/ou de uma desproporção entre a base da mandíbula e a direção do crescimento dos terceiros molares²².

As teorias para explicar a localização ectópica dos terceiros molares inferiores incluem distúrbios no desenvolvimento do dente, deslocamento devido a condições patológicas, traumas ou atividades iatrogênicas¹². As causas deste quadro parecem ser diferentes e individuais, contudo, a presença de cistos dentígeros e inflamações crônicas parecem ter um papel importante para seu aparecimento¹⁵, porque a pressão do fluido cístico, bem como a expansão causada podem provocar a migração do terceiro molar, que se torna ectópico¹². Outra teoria relacionada ao processo migratório do terceiro molar inferior refere-se à incorporação do germe dentário pelo tec-

do de crescimento ósseo do processo coronoide¹⁵. No presente relato de caso observamos a ausência radiográfica de um túnel radiolúcido assemelhando-se a uma via de migração anormal, que é característico de dentes ectópicos associados a patologias como cistos odontogênicos e quadros inflamatórios crônicos. Além disso, obtivemos o diagnóstico histopatológico de folículo pericoronário hiperplásico do tecido mole circunjacente ao dente 38. Dessa forma, possivelmente, a etiologia da ectopia deste relato caso está mais associado a distúrbio de desenvolvimento em detrimento de condições patológicas.

Sinais e sintomas são relatados na maioria dos casos de terceiros molares inferiores ectópicos, tais como: dor, tumoração, febre, sinusite, trismo, dificuldade na mastigação e disfunção na articulação temporo-mandibular^{8,18,23,24}, uma vez que a posição anatômica do terceiro molar ectópico parece provocar pressão e irritação das fibras do músculo temporal e da mucosa oral durante a mastigação⁵. Entretanto, há relatos de pacientes assintomáticos²⁶ como no presente relato, em que a alteração foi identificada ao acaso, durante exame radiográfico de rotina²⁵.

A remoção cirúrgica dos terceiros molares ectópicos na mandíbula deve ser criteriosamente indicada e cuidadosamente planejada^{16,26}. Os riscos de danos às estruturas nervosas, a componentes articulares, preocupações estéticas, defeitos de reconstrução pós-cirúrgico, e idade do paciente devem ser avaliados antes do tratamento visto que há um aumento significativo da morbidade cirúrgica à medida que os pacientes envelhecem²⁷. As possibilidades quanto às estratégias cirúrgicas incluem a execução de acessos intraorais ou extraorais, sendo que a via intraoral oferece campo suficiente, evitando a formação de cicatrizes extraorais, danos aos componentes da articulação e risco às estruturas neuronais, como o nervo facial¹⁶. Uma estratégia pré-operatória criteriosa é de suma importância para a segurança do procedimento²⁸. O exame de ressonância magnética (RM) pode ser um diferencial para avaliação pré-operatória da relação entre o terceiro molar ectópico e estruturas nervosas adjacentes com a finalidade de evitar iatrogenias aos nervos, contudo existe uma grande dificuldade quanto ao acesso aos aparelhos de RM e ao elevado custo do exame. Okuyama et al.²⁸ por meio de imagens tridimensionais usando o sistema SIMPLANT® conseguiu avaliar as vias nervosas, vasculares e dos tecidos duros. Tendo em vista as dificuldades inerentes à extração de um terceiro molar inferior ectópico e os riscos de lesão aos nervos adjacentes²⁸, tanto em abordagens intraorais quanto em abordagens extraorais a radiografia panorâmica, como exame complementar inicial, associada a imagens tridimensionais, a partir de tomografias computadorizadas, são essenciais para o diagnóstico, avaliação pré-operatória e planejamento cirúrgico. Situações em que não é possível realizar avaliações tridimensionais, como no presente relato de caso, radiografias panorâmicas são indispensáveis para avaliação posicional do terceiro molar ectópico, identificar possíveis lesões patológicas adjacentes e avaliar a relação de proximidade do dente com o canal mandibular. Contudo, nos casos em que a radiografia panorâmica não apresenta informações suficientes, é possível solicitar outras radiografias extraorais planas, como a radiografia lateral oblíqua e a radiografia pósterio-anterior de mandíbula, para avaliar a relação dos terceiros molares ectópicos e estruturas adjacen-

tes sob diferentes angulações com a finalidade de auxiliar no planejamento cirúrgico e aumentar a segurança dos procedimentos.

Para ectopias associadas a processos inflamatórios agudos ou lesões císticas é recomendada a remoção visando prevenir complicações futuras como: osteólise difusa, deformidades no processo condilar, ou reabsorções ósseas^{18,23}. Bruce et al.²⁷, relacionaram associação de cistos odontogênicos, que estavam presentes em 6,7% dos casos de terceiros molares não irrompidos, como uma importante indicação para a remoção tanto do cisto como do dente.

Em casos sem sintomatologia ou sem quadro de urgência, acompanhamento anual e o monitoramento do desenvolvimento da lesão são recomendados^{16,26}. Entretanto, deve-se considerar a possibilidade de infecções secundárias no terceiro molar, principalmente se impactado, e o possível surgimento de lesões como: cisto dentígero, cisto odontogênico ortoqueratinizado, queratocisto odontogênico ou ameloblastomas que podem causar sérias complicações, em especial a pacientes com desordens sistêmicas²⁹. No presente caso a remoção do dente ectópico e acompanhamento radiográfico foi indicada pela não viabilidade de erupção do dente, assim como para a realização da avaliação histopatológica para se obter o diagnóstico definitivo para a área radiolúcida presente ao redor do dente⁵ e pela possibilidade de fratura do processo coronóide devido ao enfraquecimento dos pilares de força mandibulares pela presença da lesão¹⁶.

O método de remoção cirúrgica para terceiros molares inferiores ectópicos inclui conduta extraoral ou intraoral^{16,18} e, mais recentemente via endoscópica, embora este último necessite de treinamento e instrumentação específica¹⁰. A abordagem mais comum para dentes próximos ao processo condilar é o acesso extraoral onde o acesso submandibular e pré-auricular é realizado¹⁹. Estes acessos externos têm a vantagem de apresentar um bom campo de visão no trans-cirúrgico, mas podem resultar em prejuízo estético pela formação de cicatriz e complicações tais como: dano a componentes da articulação, injúria ao nervo facial em casos de acesso pré-auricular, ou danos a ramificação marginal do sétimo nervo craniano no acesso submandibular¹⁸.

A conduta intraoral evita os problemas já citados, mas provê um campo cirúrgico pequeno se

comparado ao acesso extraoral. Porém, a remoção de lesões em região de processo coronoide é beneficiada pela conduta intraoral^{16,18} uma vez que há possibilidade de uma incisura maior ao longo do ramo ascendente da mandíbula fornecendo acesso suficiente à incisura mandibular, como menor possibilidade de gerar complicações ao paciente.

CONCLUSÃO

Em conclusão, terceiros molares ectópicos são incomuns e geralmente descobertos devido a sintomas, sinais clínicos ou ainda, acidentalmente, durante procedimentos de rotina. A etiologia das ectopias permanece obscura, visto que nenhum consenso foi alcançado. As principais causas estão: traumas, iatrogenias, infecções, condições patológicas e anomalias de desenvolvimento. O acompanhamento anual por meio de radiografias panorâmicas é necessário em casos assintomáticos, contudo, para casos sintomáticos ou com associação a condições patológicas, a remoção do elemento dentário é preconizada. O tratamento deve ser cuidadosamente planejado de acordo com a posição do dente e as possíveis sequelas cirúrgicas do tratamento. Para um planejamento minucioso, além das radiografias panorâmicas, imagens tridimensionais podem ser benéficas se disponíveis. No presente relato o acesso intraoral foi utilizado por ser mais conservador e menos traumático para o paciente.

REFERÊNCIAS

- Nanci A. Ten Cate's Oral Histology: Development, Structure, and Function. vol. 9. 9th ed. 2017.
- Shivashankara C, Manjunatha BS, Tanveer A. Ectopic mandibular third molar in subcondylar region: Report of a rare case. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16:153-5. <https://doi.org/10.1007/s10006-011-0284-7>.
- Andreasen J, Petersen J, Laskin D. *Textbook And Color Atlas of Tooth Impaction: Diagnosis, Treatment And Prevention* No Title. Blackwell; 1997.
- Wu Y, Song Y, Huang R, Hu J, He X, Wang Y, et al. Comprehensive analysis of ectopic mandibular third molar: A rare clinical entity revisited. *Head Face Med* 2017;13. <https://doi.org/10.1186/s13005-017-0157-x>.
- Wang CC, Kok SH, Hou LT, Yang PJ, Lee JJ, Cheng SJ, et al. Ectopic mandibular third molar in the ramus region: report of a case and literature review. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* 2008;105:155-61. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.04.009>.
- Vij R, Goel M, Batra P, Vij H, JCDR SS research:, 2015 undefined. Heterotopic tooth: an exceptional entity. *Nc-biNlmNihGov* n.d.
- Procacci P, Albanese M, Sancassani G, Turra M, Morandini B, Bertossi D. Ectopic mandibular third molar: report of two cases by intraoral and extraoral access. *Minerva Stomatol* 2011;60:383-90.
- Fernandez MT, Terrones Meraz MA. Infected cyst in the coronoid process. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol* 1992;73:768. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(92\)-90028-O](https://doi.org/10.1016/0030-4220(92)-90028-O).
- Yaseen S, Naik S, Uloopi K. Ectopic eruption - A review and case report. *Contemp Clin Dent* 2011;2:3. <https://doi.org/10.4103/0976-237x.79289>.
- Suarez-Cunheiro MM, Schoen R, Schramm A, Gellrich NC, Schmelzeisen R. Endoscopic approach to removal of an ectopic mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003;41:340-2. [https://doi.org/10.1016/S0266-4356\(03\)00111-6](https://doi.org/10.1016/S0266-4356(03)00111-6).
- Törenek K, Akgül HM, Bayrakdar IS. Ectopic Premolar Tooth in the Sigmoid Notch. *Case Rep Dent* 2016;2016:1-4. <https://doi.org/10.1155/2016/6426523>.
- Chen CY, Chen YK, Wang WC, Hsu HJ. Ectopic third molar associated with a cyst in the sigmoid notch. *J Dent Sci* 2018;13:172-4. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2017.08.005>.
- Adachi M, Motohashi M, Nakashima M, Ehara Y, Azuma M, Muramatsu Y. Ectopic Third Molar Tooth at the Mandibular Notch. *J Craniofac Surg* 2015;26:e455-6. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001636>.
- Wong YK. Ectopic molar near the coronoid process: Case report. 2007.
- Hanisch M, Fröhlich LF, Kleinheinz J. Ectopic third molars in the sigmoid notch: Etiology, diagnostic imaging and treatment options. *Head Face Med* 2016;12:36. <https://doi.org/10.1186/s13005-016-0133-x>.
- Wassouf A, Eyrich G, Lebeda R, Grätz KW. Surgical removal of a dislocated lower third molar from the condyle region: case report. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2003;113:416-20. <https://doi.org/10.5167/uzh-1568>.
- Iglesias-Martin F, Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Prats-Golczer VE, Garcia-Perla-Garcia A. Ectopic third molar in the mandibular condyle: A review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012;17:1013-7. <https://doi.org/10.4317/medoral.17864>.
- Medici A, Raho MT, Anghinoni M. Ectopic third molar in the condylar process: Case report. *Acta Biomed l'Ateneo Parm* 2001;72:115-8.
- Tümer C, Eset AE, Atabek A. Ectopic impacted mandibular third molar in the subcondylar region associated

- with a dentigerous cyst: A case report. *Quintessence Int (Berl)* 2002;33:231-3.
- 20 Diana C, Bodh R, Sharma P, Verma A. High lingual split access osteotomy for ectopic third molar in mandibular ramus region – A case report and literature review. *J Oral Biol Craniofacial Res* 2019;9:187-9. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.004>.
- 21 Capelli J. Mandibular growth and third molar impaction in extraction cases. *Angle Orthod* 1991;61:223-9. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(1991\)061<0223:M-GATMI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(1991)061<0223:M-GATMI>2.0.CO;2).
- 22 Richardson ME. The early developmental position of the lower third molar relative to certain jaw dimensions. *Angle Orthod* 1970;40:226-30. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(1970\)040<0226:TEDPOT>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(1970)040<0226:TEDPOT>2.0.CO;2).
- 23 Szerlip L. Displaced third molar with dentigerous cyst--an unusual case. *J Oral Surg* 1978;36:551-2.
- 24 Anagnostopoulou S. Ectopic third molar. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol.*, vol. 71, Mosby; 1991, p. 522-3. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90449-M](https://doi.org/10.1016/0030-4220(91)90449-M).
- 25 Findik Y, Baykul T. Ectopic third molar in the mandibular sigmoid notch: Report of a case and literature review. *J Clin Exp Dent* 2015;7:e133-7. <https://doi.org/10.4317/jced.51871>.
- 26 Chongruk C. Asymptomatic ectopic impacted mandibular third molar. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol.*, vol. 71, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 1991, p. 520. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90446-J](https://doi.org/10.1016/0030-4220(91)90446-J).
- 27 Bruce RA, Frederickson GC, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J Am Dent Assoc* 1980;101:240-5. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1980.0183>.
- 28 Okuyama K, Sakamoto Y, Naruse T, Kawakita A, Yamamoto S, Furukawa K, et al. Intraoral extraction of an ectopic mandibular third molar detected in the subcondylar region without a pathological cause: A case report and literature review. *Cranio - J Craniomandib Pract* 2017;35:327-31. <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1240466>.
- 29 Burton DJ, Scheffer RB. Serratia infection in a patient with bilateral subcondylar impacted third molars and associated dentigerous cysts: Report of case. *J Oral Surg (Chic)* 1980;38:135-8.

Função de cada autor:

Responsáveis pela interpretação dos dados e redação da versão preliminar e final do relato de caso. (JTRI)
 Contribuição substancial no esboço e execução do caso clínico (RMG, PECM, CMS)
 Participação na revisão e aprovação da versão final do relato de caso e responsáveis pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo (IDB, FSR)

Financiamento Próprio

Autor Correspondente:
 Flaviana Soares Rocha
flavianasoares.rocha@gmail.com

Editor:
 Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 09/07/2021
 Aprovado: 22/11/2021
