

DENTE IMPACTADO ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO CLÍNICO

IMPACTED TOOTH ASSOCIATED WITH A COMPOSITE ODONTOMA: CASE REPORT

FRANCYNE BALDO DO NASCIMENTO. Aluna do curso de Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina.

ANIELLE APARECIDA PARMAGNANI. Aluna do curso de Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina.

RICARDO ALVES MATHEUS. Professor e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual de Londrina.

CECILIA LUIZ PEREIRA STABILE. Professora e Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual de Londrina.

DENISE DE ROSA FURTADO. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual de Londrina.

Rua Andirá, nº 68, Apto. 303, Londrina-PR, CEP 86020-520. E-mail: francynebaldo@hotmail.com.

RESUMO

A impacção dentária é definida como o insucesso do elemento dentário em se posicionar corretamente na arcada, permanecendo parcial ou totalmente no interior do osso alveolar após o período de formação radicular. Os dentes, quando mantidos impactados, podem acarretar uma série de transtornos ao paciente – pericoronarite, reabsorção radicular do dente adjacente e/ou formação de uma lesão cística. O presente trabalho visa relatar um caso de um paciente do gênero masculino, 15 anos de idade, melanoderma e normossistêmico, que buscou tratamento na disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial na Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina devido à não irrupção do dente 33 e presença do dente 73 com retenção prolongada. Foi solicitada uma radiografia panorâmica, na qual se constatou a presença do dente 33 incluso na base mandibular e a presença de odontoma composto na região alveolar. Para determinação da localização exata e realização de um planejamento cirúrgico minucioso, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico da região. O paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia local, para remoção do odontoma composto e do dente 33, que devido a sua localização e grau de desenvolvimento radicular, foi previamente contraindicada a tentativa de tracionamento. Portanto, o tratamento dos casos de dentes inclusos e impactados deve incluir um correto diagnóstico e planejamento, baseado em uma avaliação clínica e exames de imagens precisos e bem indicados, como as radiografias panorâmicas, tomografias computadorizadas e os biomodelos de reconstrução.

PALAVRAS-CHAVE: Dente Não-Erupcionado. Impacção. Odontoma.

ABSTRACT

Dental impaction is defined as the failure of the dental element to position itself correctly in the arch, remaining partially or totally within the alveolar bone after the period of root formation. Impacted teeth may cause several complications - pericoronitis, root resorption of the adjacent tooth and / or cyst development. This article presents the case of a 15 years old male patient who sought treatment in the Oral and Maxillofacial Surgery department at the State University of Londrina Dental Clinic due to non-eruption of element 33 and prolonged retention of tooth 73. A panoramic radiograph was requested, showing the presence of tooth 33 retained in the mandibular base and the presence of a composite odontoma in the alveolar region. To determine the exact location for a thorough surgical planning, a cone-beam tomography of the region was requested. The patient underwent surgery under local anesthesia to remove the composite odontoma and tooth 33, which, due to its location and degree of root development, could not be orthodontically tractioned. Therefore, the treatment of cases of retained and impacted teeth should include correct diagnosis and planning, based on clinical evaluation and accurate and well-indicated imaging exams, such as panoramic radiographs, computed tomography and reconstruction biomodels.

KEYWORDS: Non-Erupted Tooth. Impaction. Odontoma.

INTRODUÇÃO

A impacção dentária é definida como o insucesso do elemento dentário em se posicionar corretamente na arcada dentária, permanecendo parcial ou totalmente no interior do osso alveolar após o período de formação radicular. Esta condição é cada vez mais frequente, principalmente nos terceiros molares de adultos e adolescentes, e caninos superiores em crianças (PETERSON et al., 2000).

O elemento dentário que não consegue se posicionar na arcada, após o período de desenvolvimento, é denominado incluso e se esta inclusão for motivada por alguma barreira mecânica, como dentes adjacentes, cistos e tumores benignos, é denominado como impactado – quando não houver tais barreiras mecânicas, o dente é denominado de retido (PETERSON et al., 2000). A retenção dentária pode ser classificada em: 1. Intraóssea: o dente se apresenta completamente envolvido por tecido ósseo; 2. Submucosa: o dente está recoberto apenas por mucosa e 3. Semi-incluso: o dente consegue romper parcialmente a camada fibromucosa (LEVINE et al., 2003).

A presença de dentes impactados pode causar o desenvolvimento de lesões associadas ao órgão dentário, como o ameloblastoma, o cisto dentífero, o tumor odontogênico adenomatóide, entre outros. Além disso, os dentes impactados podem promover lesões nos dentes adjacentes, como a reabsorção radicular externa. Múltiplos dentes retidos podem ser sinais clínicos das síndromes: Disostose Cleidocraniana, Distrofia Congênita de Brevicole e Síndrome de Klippel-Feil (NEVILLE et al., 2004).

Vários são os motivos da inclusão dentária, podendo ser divididos em 1. Fatores locais: falta de espaço e/ou dentes muito volumosos, má posição de dentes próximos, espessamento ou inflamação da fibromucosa, perda prematura ou permanência exagerada de decíduos, presença de supranumerários, cistos,

tumores, entre outros. 2. Fatores sistêmicos: incluindo o raquitismo e a presença de síndromes (TOMMASI, 1989).

Entre os tumores envolvidos na impacção dentária, comumente são encontrados os odontomas. O odontoma é um tumor odontogênico, constituído por uma malformação que, na maioria dos casos, está localizada próximo às raízes dos dentes permanentes. De acordo com Cavalcanti e Varoli (1996) e Neville et al. (2004), o diagnóstico é comumente realizado na primeira década de vida. Os odontomas são assintomáticos, podendo ser identificados por conta da não erupção do elemento permanente e retenção prolongada do decíduo, também pelo desvio da posição normal dos dentes (TOMMASI, 1989).

As indicações mais comuns para a exodontia de dentes impactados são a prevenção de doenças periodontais, lesões cariosas, pericoronarite, reabsorção radicular externa, cistos, tumores, fratura de mandíbula e dor de origem desconhecida, e também na facilitação do tratamento ortodôntico, otimização da saúde periodontal e em casos de dentes impactados sob prótese dentária (PETERSON et al., 2000).

As contraindicações para exodontia de dentes impactados podem ser de ordem geral, como idade avançada ou muito precoce, condição médica comprometida e possibilidade de dano excessivo às estruturas adjacentes. De ordem local incluem a radioterapia prévia na área, pericoronarites graves e infecções agudas. E finalmente, podem ser também de ordem sistêmica, como em doenças metabólicas e cardíacas descompensadas, leucemias, linfomas, discrasias sanguíneas, uso de anticoagulantes, gravidez e uso de medicamentos imunossupressores (TOMMASI, 1989).

Para manutenção do elemento incluso em boca, o mesmo poderá passar pelo procedimento de tracionamento ortodôntico. Para isso diversos critérios devem ser avaliados, isoladamente ou em conjunto, durante o planejamento de casos que serão submetidos ao tracionamento dentário (LEVINE et al., 2003). Dentre esses a valorização da função mastigatória, estética, relação coroa-raiz ou comprimento radicular remanescente, morfologia radicular e a idade do paciente.

Para a realização da exodontia é necessário o correto diagnóstico, para isso, o profissional utiliza-se do exame clínico, exame de imagem e em alguns casos, exames laboratoriais. Sem dúvida, os exames de imagem são de extrema importância para a obtenção do diagnóstico e definição do plano de tratamento de dentes inclusos, uma vez que não é possível a visualização deste elemento dentário como um todo durante o exame clínico, além de verificar a presença de alteração morfológica e avaliar sua relação com estruturas adjacentes (AIZENBUD, 2003).

De acordo com Power e Short (1993), o sucesso do tratamento reabilitador de um dente impactado depende da comunicação entre as especialidades, cirúrgicas e ortodônticas afim de promover o melhor prognóstico e longevidade dos procedimentos realizados. Sendo assim o ortodontista ditará as possibilidades de realização de um tratamento ortodôntico previamente aos procedimentos cirúrgicos, quando a possibilidade existir o tracionamento dentário será realizado afim de manter o elemento na cavidade bucal e em função, no entanto, caso este tratamento não seja indicado o cirurgião realizará a avulsão do mesmo.

RELATO DE CASO

Paciente VHTA, sexo masculino, 15 anos de idade, procurou pela área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Londrina devido à permanência prolongada do dente 73 e o não irrompimento do elemento 33. Ao exame físico, notou-se mucosa com coloração e espessura sem alterações, ausência de aumento de volume, abaulamento ou de qualquer quadro sintomático (Figura 1). Paciente foi submetido ao exame de imagem periapical, da região dos elementos em questão, e observou-se o elemento 33 impactado.

Deste modo foi solicitada uma radiografia panorâmica (Figura 2), a qual demonstrou a presença de múltiplos dentículos inclusos no interior do rebordo alveolar, agrupados entre si envoltos por uma imagem radiolúcida com limites definidos sugerindo a presença de um odontoma composto na região anterior de mandíbula na altura do osso alveolar e o dente 33 incluso na região de base mandibular.

O paciente foi encaminhado ao ortodontista para avaliação da possibilidade de tracionamento do dente 33, no entanto, devido seu posicionamento no interior do osso alveolar e ao grau de desenvolvimento radicular do mesmo, optou-se para a indicação da extração do dente em questão. Devido à sobreposição de estruturas na radiografia panorâmica e a dificuldade de determinação da localização exata do dente incluso e do odontoma composto, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico para um planejamento cirúrgico mais preciso (Figuras 3 e 4).

Ao exame tomográfico foi observado a presença da coroa do dente 33 incluso localizada abaixo das raízes dos dentes 31, 32 e 73, estando deslocada para a face vestibular no interior do rebordo alveolar e sua raiz direcionada para região inferior no centro do rebordo alveolar com seu terço médio e apical em contato com a cortical basal da mandíbula. Nota-se a presença de múltiplos dentículos referentes ao Odontoma Composto localizados acima da coroa do dente incluso estando os mesmos espalhados ao longo do rebordo alveolar, estando localizados por lingual em relação às raízes dos dentes 31, 32 e 73, sendo que alguns destes se encontravam em uma posição centralizada no rebordo.

O procedimento foi realizado sob anestesia local em ambiente ambulatorial onde foi realizada uma incisão intrassulcular por lingual dos dentes 31 ao 34 para acesso ao odontoma, descolamento mucoperiosteal até a altura dos ápices, seguida de ostectomia para confecção de uma janela e acesso aos dentículos, remoção dos mesmos com auxílio de elevadores. Para extração do dente 33, foi realizada uma incisão para mentoplastia, descolamento mucoperiosteal na região do mento, à esquerda da linha média, seguida de ostectomia para acesso ao dente e odontosseção separando a coroa da raiz, extração da coroa seguida da extração da raiz, curetagem da loja, irrigação e sutura dos acessos com fio categute 4-0 (Figuras 5 A-E; Figura 6 e 7).

O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências. Foi solicitada uma radiografia panorâmica de controle 30 dias após a cirurgia, que demonstrou sucesso do tratamento (Figura 8).



Figura 1 - Aspecto clínico intraoral no pré-operatório.
Fonte: o autor.



Figura 2 - Radiografia panorâmica, sendo observada a presença do canino inferior impactado na região anterior da mandíbula e o odontoma.
Fonte: o autor.

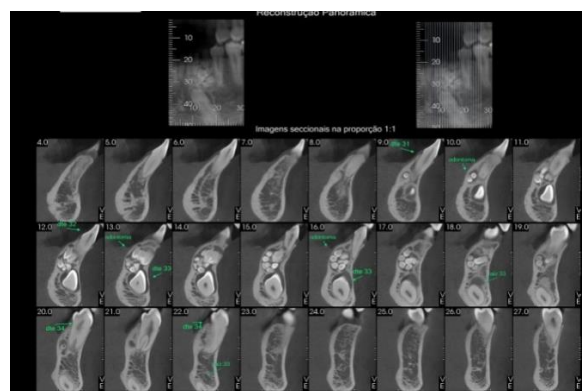
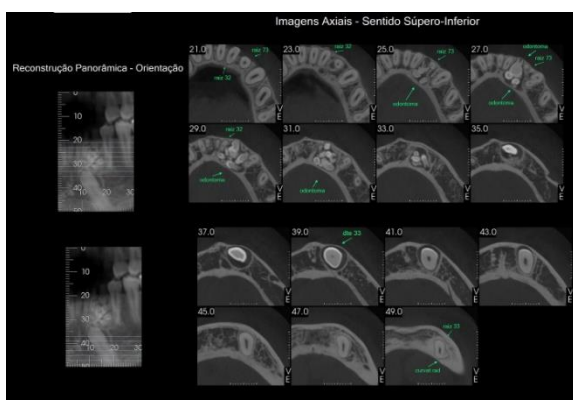


Figura 3 - Tomografia computadorizada evidenciando o posicionamento do dente impactado e da lesão.
Fonte: o autor.

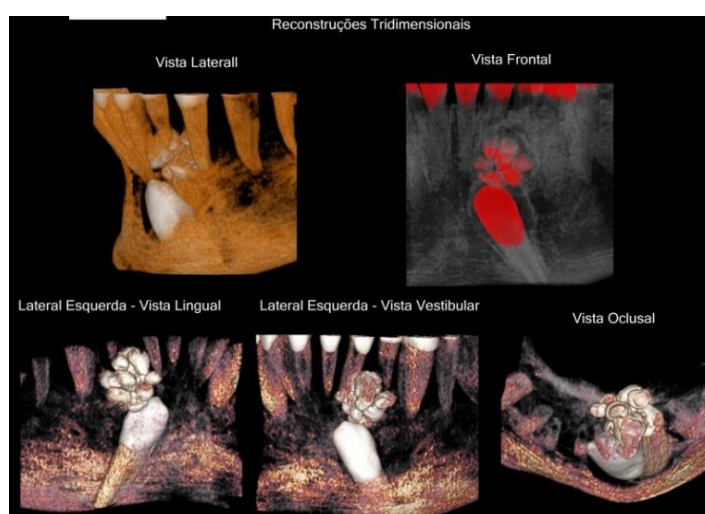


Figura 4 - Reconstrução tridimensional.
Fonte: o autor.

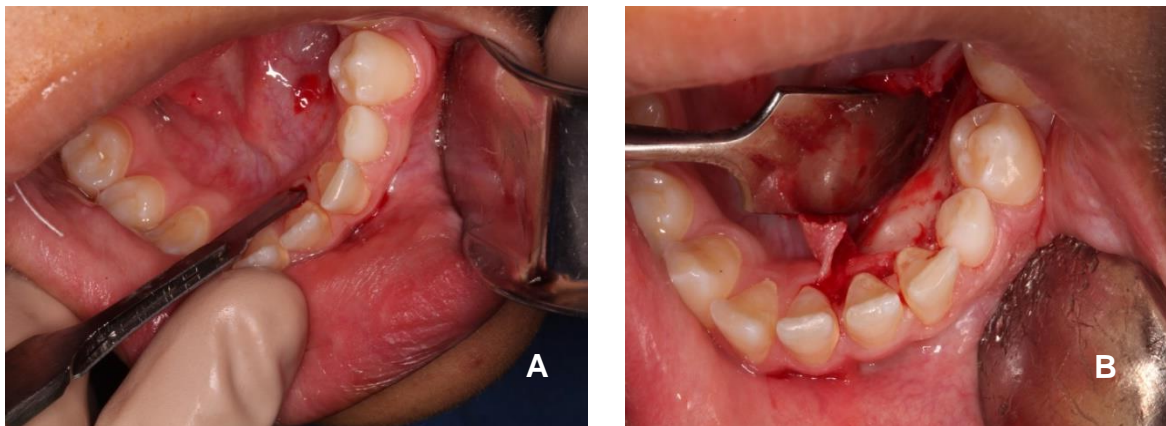


Figura 5 – (A) Incisão intrassulcular. (B) Descolamento mucoperiosteal.

Fonte: o autor.

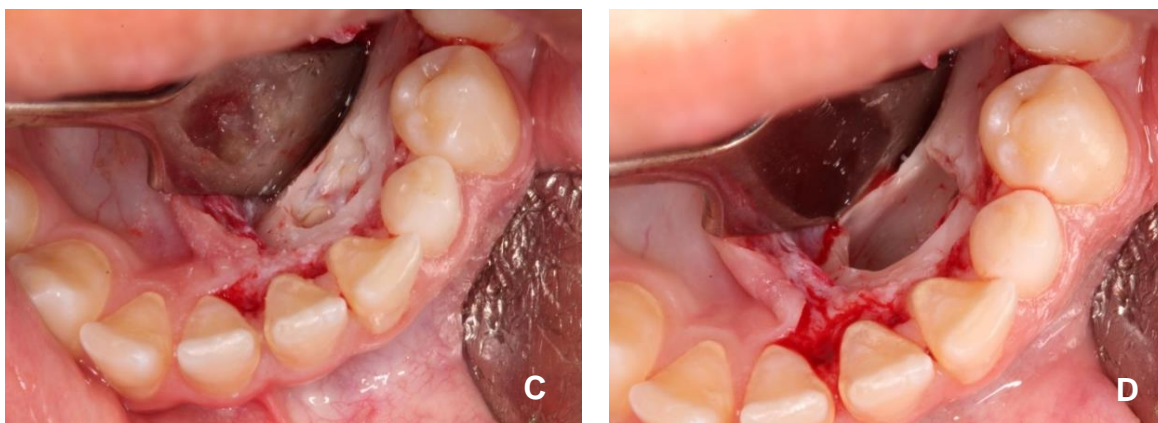


Figura 5 - (C) Localização da lesão e osteotomia. (D) Debridamento da loja cirúrgica.

Fonte: o autor.

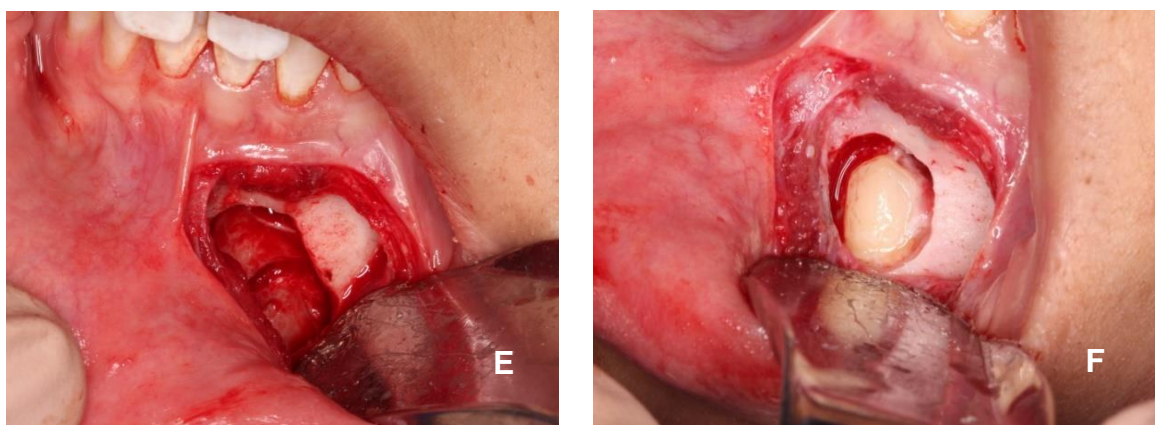


Figura 5 - (E) Osteotomia e odontosseção do dente 33 incluso. (F) Loja cirúrgica após remoção do dente.

Fonte: o autor.



Figura 5 - (G) Dente extraído e peças (lesão) removidas.
Fonte: o autor.



Figuras 6 e 7: Síntese com fio absorvível (CatGut).
Fonte: o autor.



Figura 8- Radiografia panorâmica de controle 30 dias após a cirurgia.
Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

Em alguns estudos, relatados por Aizenbud (2003) e Maahs (2004), a frequência de caninos impactados é mais comum na maxila do que na mandíbula, não corroborando com o achado no caso em questão. A impacção dos caninos permanentes é uma situação clínica bastante comum, principalmente devido à

falta de espaço no arco dentário, pois os caninos são um dos últimos dentes a erupcionarem na arcada.

No presente trabalho, foi diagnosticada a presença do dente 33 incluso em paciente do gênero masculino, contrapondo-se à literatura Dachi e Howell (1961), Costello, Worth e Jones (1996) e Vuchkova e Farah (2010), que tem demonstrado que a incidência de caninos impactados é maior em mulheres, e concordando no aspecto de que o lado esquerdo é mais comumente acometido do que o lado direito.

No caso apresentado, o canino encontrava-se na região anterior de mandíbula. Os exames de imagem foram muito importantes para o planejamento cirúrgico correto, sendo utilizada a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada. A tomografia computadorizada permitiu uma visualização tridimensional, por meio de cortes e reconstruções multiplanares, fornecendo informações exatas quanto ao posicionamento do dente incluso, distância das estruturas adjacentes e condições patológicas associadas, como o odontoma composto. Através da tomografia foi possível realizar um planejamento cirúrgico com dois acessos, um vestibular para o dente incluso, e um lingual para o odontoma, resultando em menos desgaste ósseo e mais rapidez no procedimento.

Autores como Jaeger (1984), mostraram que cerca de 70% dos odontomas estão associados à impactação, à ausência de dentes, ao mau posicionamento, a diastemas, à malformação e à desvitalização de dentes adjacentes. Há divergências encontradas na literatura em relação ao local de acometimento do odontoma. Alguns estudos (NEVILLE et al., 2002; REGEZI; SCIUBBA, 2000), relataram que há predileção pelo osso maxilar em sua região anterior para o acometimento do odontoma, divergindo do local descrito no caso relatado, que se tratava da região anterior do osso mandibular. Outro aspecto discutido é a respeito da predominância por gêneros. Para alguns autores (REGEZI; SCIUBBA, 2000), parece não haver predominância por gêneros, porém outros relataram uma leve predominância no gênero masculino (FERNANDES et al., 2005), ou ainda pelo gênero feminino (CAMISASCA et al., 2005). Destaca-se que neste relato o paciente era do gênero masculino.

A presença de odontoma pode causar uma série de transtornos, sendo destacados os problemas relacionados com a interferência no processo de irrupção do dente, como abordado neste relato de caso o canino (33), retardando ou impedindo os movimentos de erupção e, em alguns casos, provocando erupção ectópica (BENGTSON; BENGSTON; BENASSI, 1993).

No presente relato, radiograficamente, o dente canino estava sendo retido devido a presença do odontoma, porém os dentes adjacentes apresentavam-se alinhados no arco e sem reabsorções, estado este que corrobora com Bacetti (1995), o qual ressaltou que a presença do odontoma pode interferir na irrupção dos dentes adjacentes, provocando impactação. Neste caso, torna-se evidente a íntima relação entre odontoma e retenção dental, fato já comprovado por Cavalcanti e Varoli (1996). O presente caso relata de forma clássica todos os problemas e complicações dessa patologia, sendo sua remoção o tratamento mais indicado. O tratamento de escolha para os odontomas é a remoção cirúrgica (SHAFER; HINE; LEVY, 1987). A técnica cirúrgica (enucleação e curetagem) está de acordo com a conduta terapêutica sugerida por alguns autores (REGEZI; SCIUBBA, 2000; NEVILLE et al., 2002), sendo esse o método de escolha terapêutica adotada neste caso clínico. A remoção cirúrgica do elemento 33 foi

indicada devido à posição desfavorável que o dente se encontrava não sendo possível realizar o seu tracionamento e inviabilizando o tratamento conservador.

O acesso intrabucal é a opção para a remoção desses dentes. A remoção de dentes inclusos frequentemente segue os protocolos cirúrgicos básicos de retalho mucoperiosteal e ostectomia já estabelecidos, como no caso em questão. No entanto, existem situações que necessitam de técnicas alternativas para a conclusão do procedimento. A escolha do tratamento depende diretamente de fatores como rizogênese incompleta, idade do paciente e grau de inclusão; outra alternativa terapêutica pode ser o acompanhamento radiográfico do dente incluso sem qualquer intervenção. A desvantagem deste tratamento é que o dente incluso pode gerar complicações ao longo do tempo, havendo a necessidade de uma intervenção cirúrgica tardia e com maior morbidade (MILANO; LAWRENCE; MARSALL, 1996).

Os caninos inclusos na região mentoniana são menos discutidos na literatura quando comparados com caninos superiores impactados devido à sua menor ocorrência clínica. Por serem normalmente assintomáticos, os dentes inclusos são frequentemente identificados de forma tardia – quando já apresentam formação radicular completa –, em exames radiográficos solicitados para avaliação da ausência destes. Sendo assim, o tratamento para a grande maioria dos casos é a remoção cirúrgica devido à possibilidade de falhas dos outros meios de tratamento, como o prejuízo psicológico e financeiro do paciente, além da possível associação patológica local, ocasionando complicações posteriores (HYPPOLITO et al., 2011).

CONCLUSÃO

A presença de dentes inclusos e impactados é uma condição cada vez mais frequente, descoberta normalmente em exames de imagem de rotina e pode apresentar diversas etiologias, dentre elas a presença de cistos e/ou tumores. O odontoma é uma lesão comumente associada às impacções dentárias, com indicação de exérese cirúrgica. A conduta referente ao dente incluso e impactado é determinada a partir da possibilidade ou não do tracionamento do mesmo para a posição correta, o que ressalta a importância da comunicação entre diversas especialidades para traçar o plano de tratamento.

REFERÊNCIAS

AIZENBUD, D. Bilateral maxillary impacted canines: a challenge for the lingual orthodontic technique. **Lingual News** [serial on the Internet]. 2003 [cited 5 Ago. 2007]; 1(2): [about 5 p.]. Available from: <http://www.lingualcourse.com/Lingual-news_cases2.htm>.

BACETTI, T. Interceptive approach to tooth eruption abnormalities: 10-year follow-up of case. **J. Clin. Pediatr. Dent.** v.19, n.4, p.297 - 300, 1995.

BENGSTON, A.L.; BENGSTON, N.G., BENASSI, L.R.D.C. Odontomas em pacientes pediátricos. **Revista de Odontopediatria.** 2:25- 33, 1993.

CAMISASCA, D.R. et al. Cistos e tumores odontogênicos: estudo epidemiológico. **Rev Assoc Paul Cir Dent.** 2005; 59(4):261-6.

CAVALCANTI, M. G. P.; VAROLI, O. J. Odontoma composto: relato de caso. **Rev ABO Nac**, v.3, n.6, p.374-376, 1996.

COSTELLO, J.P.; WORTH, J.C.; JONES, A.G. Transmigration of permanent mandibular canines. **Br. Dent. J.**, London, v. 181, no. 6, p. 212-213, Sept. 1996.

DACHI, S.F.; HOWELL, F.V. A survey of 3,874 routine full mouth radiographs: II. A study of impacted teeth. **Oral Surg.Oral Med. Oral Pathol.** St. Louis, v. 14, no. 10, p. 1165-1169, Oct. 1961.

FERNANDES, A.M. et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in Brazilian population. **J Oral Pathol Med.** 2005; 34(10): 583-7

HYPPOLITO, J.O.P. et al. Surgical treatment of an impacted canine in the menton: case report. **Rev Odontol. UNESP.** 2011; 40(1): 42-46.

JAEGER, R. G. **Estudo dos distúrbios provocados por traumatismo mecânico no desenvolvimento de molares de ratos.** São Paulo, 1984. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

LEVINE, N. The clinical management of supernumerary teeth. **J. Can. Dent. Assoc., Toronto**, vol. 28, p. 297- 303, 1961.

MAAHS, M.; BERTHOLD, T. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. **Rev Cienc Med Biol.** 2004; 3(1): 130-8.

MILANO, M.; LAWRENCE, B.; MARSHALL, E. Extraction of a horizontally impacted mandibular canine through a genioplasty approach: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg.** 1996; 54: 1240-2.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NEVILLE, B. et al. **Patologia Oral &Maxilofacial.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.**3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2000. p. 214-7.

POWER, S. M.; SHORT, M. B. E. An investigation into the response of palatally displaced canines to the removal of deciduous canines and an assessment of factors contributing to favourable eruption. **Br. J. Orthod.** London, v.20, n.3, p.215-223, Aug. 1993.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J. J. Tumores Odontogênicos. In: **Patologia Bucal: Correlações Clínicopatológicas.** Ed Guanabara Koogan, 2000: 316-317.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal.** 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1987.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.

VUCHKOVA, J.; FARAH, C. S. Canine transmigration: comprehensive literature review and report of 4 new australian cases. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** St. Louis, v. 109, no. 4, p. e46-e53, Apr. 2010.