

2022

AGOSTO-OUTUBRO

Ed. 39. Vol. 3. Págs. 193-201



JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



PRIMEIRO MOLAR INFERIOR INCLUSO: RELATO DE CASO

IMPACTED LOWER FIRST MOLAR: CASE REPORT

Ester de Menezes BARBOSA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: estermenezes1779@gmail.com

Vitória Maria Dias COELHO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail:
dra.vitoria.coelho@faculadefacit.edu.br

Myrella Lessio CASTRO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: myrellacastro@faculadefacit.edu.br



RESUMO

Introdução: A erupção dentária faz parte do desenvolvimento fisiológico de maturação que representa o movimento do dente até à sua posição no plano oclusal. Porém às vezes este processo não acontece e o órgão dental não erupciona, nomenando-se dente incluído, e se este fator ocorrer devido retenções mecânicas, é intitulado como dente impactado.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de primeiro molar inferior incluído e impactado e apontar de acordo com a literatura que este é um fenômeno raro.

Descrição do caso: Paciente em uso de aparelho ortodôntico descobriu a presença do primeiro molar inferior direito incluído e impactado, após exames complementares observou-se a existência de quatro raízes e proximidade com o canal mandibular, em seguida foi realizado a exodontia do elemento. **Conclusão:** Analisando as estatísticas descritas no trabalho referenciado é possível identificar que a inclusão do primeiro molar é incomum, o presente trabalho buscou relatar esta ocorrência rara.

Palavras-chave: Erupção dentária. Dente incluído. Dente impactado.

ABSTRACT

Introduction: Tooth eruption is part of the physiological development of maturation that represents the movement of the tooth to its position in the occlusal plane. However, sometimes this process does not happen and the dental organ does not erupt called an impacted tooth. **Objective:** The objective of this study was to report a clinical case of an impacted lower first molar and to point out according to the literature that this is a rare phenomenon. **Case description:** A patient using an orthodontic appliance discovered the presence of an impacted and impacted lower right first molar, after complementary exams, the existence of four roots and proximity to the mandibular canal was observed, followed by the extraction of the element. **Conclusion:** Analyzing the statistics described in the referenced work, it is possible to identify that the inclusion of the first molar is uncommon. The preset work sought to report this rare occurrence.

Keywords: Tooth eruption. Tooth included. Impacted tooth.

INTRODUÇÃO

A erupção dentária faz parte do desenvolvimento fisiológico de maturação que representa o movimento axial do dente até à sua posição final no plano oclusal. Porém às vezes este processo biológico não acontece e o órgão dental não erupciona, mantendo-se no interior da região maxilar ou mandibular envolvido por tecido ósseo e mucosa, nomeando-se dente incluído¹, e se este fator ocorrer devido retenções mecânicas, como por exemplo obstáculos gerados por dentes adjacentes cistos ou tumores são intitulado como dente impactado².

A etiologia da inclusão dentária é de ordem multifatorial, sendo descritos fatores mecânicos como perda precoce de decíduos, retenção prolongada de permanentes, falta de espaço nos maxilares; fatores gerais como hereditariedade, raquitismo, sífilis congênita, disostose cleidocraniana, dentre outros agentes³.

A retenção dentária é classificada em intraóssea, quando o dente encontra-se completamente revestido por tecido ósseo; em submucosa, quando o elemento é envolvido apenas por mucosa e semi-incluído, quando irrompe levemente a fibromucosa⁴.

Os dentes incluídos podem desencadear lesões como cisto dentífero, ameloblastoma, odontoma e Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC) ou mostrar-se associado a estes, além de propiciar reabsorção radicular dos elementos circunvizinhos^{5,6}.

Sinais clínicos encontrados da inclusão dental são manifestados como a perda da estabilidade de próteses, sensação de pressão na área, pericoronarites, queixas subjetivas de dor e até fortes nevralgias. Entretanto alguns casos são assintomáticos e a retenção do elemento só é verificada através de exames radiográficos³. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de primeiro molar inferior incluído e impactado e apontar de acordo com a literatura que este é um fenômeno raro.

RELATO DO CASO

Paciente com 20 anos de idade, gênero feminino, acadêmica do curso de odontologia descobriu nas aulas de rotina de imaginologia a presença de primeiro molar inferior direito incluído, através da radiografia periapical (Figura 1). A paciente buscou um consultório com especialidade em cirurgia bucomaxilofacial para remoção do elemento dentário.

Figura 1 – Radiografia periapical.



Fonte: Os autores.

Para melhor visualização e planejamento adequado do caso, foi solicitado exames de imagem complementares como a panorâmica (Figura 2) e a tomografia computadorizada, que evidenciavam o primeiro molar incluso e impactado pelos dentes adjacentes, além de suas raízes estarem em íntimo contato com o canal mandibular. As condições de saúde da paciente não contraindicavam o procedimento.

Figura 2 – Radiografia Panorâmica



Fonte: Os autores.

Figura3- Imagem da tomografia computadorizada



Fonte: Os autores.

A paciente foi submetida à remoção do dente sob anestesia local, em que foram usados quatro tubetes de anestésico do tipo Alphacaine 100® para anestesia do nervo alveolar inferior e mental. Com o emprego de uma incisão linear realizada em fundo de sulco vestibular a cinco milímetros de distância da linha mucogengival e com extensão do segundo molar inferior direito ao segundo pré-molar inferior direito, um retalho mucoperiosteal foi obtido e o osso da região do corpo da mandíbula foi acessado.

O retalho foi afastado com afastadores do tipo Minnesota e a osteotomia da região da coroa realizada com a broca zecrya® em alta rotação para uma adequada exposição do dente (Figura 3). O elemento dentário é sugestivo de má formação de esmalte e a coroa encontrava-se fragilizada, devido a isso a mesma fraturou continuamente.

Figura 4 – Finalizada a osteotomia.



Fonte: Os autores.

A odontosseção foi então realizada com fresa nº 702® em alta rotação na região de furca do dente. Suas raízes foram removidas com extrator apical, gradativamente, ao removê-las foi possível visualizar o nervo alveolar inferior (Figura 4). Procedeu-se então a curetagem, irrigação com soro fisiológico 0,9% e sutura do acesso com fio de nylon 4.0®, primeiramente do plano muscular e, em seguida, da mucosa.

Figura 5 – Remoção do elemento e visualização.



Fonte: Os autores.

Figura 6- Exodontia finalizada, elemento do nervo alveolar inferiorseccionado.



Fonte: Os autores.

A paciente foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios usuais. A prescrição medicamentosa envolveu antibiótico (Amoxicilina c/ Clavulanato de Potássio 875 mg 8/8 horas por sete dias), anti-inflamatório (Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas e Prednisona 40mg de 12/12hrs ambos por 5 dias) e analgésico (Dipirona Sódica 500 mg de 6/6 horas por 3 dias). No pós-operatório de quinze dias, a paciente compareceu com queixas de alterações de sensibilidade nervosa, caracterizada pela parestesia, foi prescrito Etna de 12/12hrs por 30 dias para auxiliar na recomposição do nervo.

Ademais, o edema era mínimo, a sutura encontrava-se em posição, não havia sinais de infecção e o tecido apresentava-se com boa condição cicatricial, não sendo assim necessária a permanência da sutura, que gerava certo incômodo a o paciente e dificultava a higienização. Por ser uma cirurgia invasiva, foi recomendado retorno para refazer exames radiográficos a fim de acompanhar a reposição óssea local.

Figura 7- Radiografia periapical após 6 meses.



Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

Em relação à frequência de dentes inclusos vários estudos apresentam diferentes estáticas, Aitasalo, Sehtinem e Oksala, descreveram da seguinte forma: 3º molar inferior (39,2%), 3º molar superior (36,9%) e caninos (20,3%); Berten—Cieszynski relatou da seguinte maneira: 3º molar inferior (35%), canino superior (34%) e 3º molar superior (9%)³.

De acordo com um estudo epidemiológico realizado através da análise de prontuários da Universidade Federal do Espírito Santo, a maioria dos elementos inclusos encontra-se na mandíbula, os de maior prevalência foram os caninos (26,66%), seguidos dos primeiros pré-molares (6,66%) e com menor predominância os primeiros e segundos molares (2,22%)².

Segundo Graziani M 7 (1995), a frequência dos elementos inclusos ocorre na seguinte ordem: (1) Terceiros molares inferiores e superiores; (2) Caninos superiores e inferiores; (3) Pré-molares superiores e inferiores; (4) Incisivos; (5) Primeiro e Segundo molar⁷.

Os molares permanentes são de grande importância para o normal desenvolvimento do arco dental e crescimento facial. A erupção de molares permanentes se diferencia dos demais elementos dentários, pois estes não dependem da primeira dentição para sua formação⁸.

Ester De Menezes BARBOSA; Vitoria Maria Dias COELHO; Myrella Lessio CASTRO. PRIMEIRO MOLAR INFERIOR INCLUSO: RELATO DE CASO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. AGOSTO/OUTUBRO/2022. Ed. 39 Vol. 3. Págs. 193-201. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Em relação à incidência de dentes inclusos a maioria dos relatos é sobre terceiros molares e caninos, e sua principal causa é devido à falta de espaço na arcada dentária, já que são os últimos dentes a erupcionarem. De acordo com os relatos publicados, as estatísticas sobre o primeiro molar incluído são baixas, uma vez que este é o primeiro dente permanente a erupcionar na cavidade bucal e o mesmo não possui antecessor decíduo.

A alternativa terapêutica de melhor escolha para dentes inclusos e impactados se dá através do tracionamento ortodôntico⁹, entretanto, nesse caso ao ser analisado os exames complementares solicitados (panorâmica e tomografia computadorizada), concluiu-se que a melhor escolha era a exodontia, uma vez que o dente tinha uma possível malformação coronária.

Neste contexto, foi de suma importância avaliar os diversos elementos que poderiam interferir na extração, como por exemplo o grau de inclusão dental e sua angulação, a forma das raízes e sua distância com a base e canal mandibular¹⁰. Após essa avaliação observou-se que teria altas chances de lesionar o nervo alveolar inferior direito, devido a sua proximidade com o elemento dental a ser extraído.

De acordo Hasegawa T11(2013), o percentual da ocorrência de lesão ao nervo alveolar inferior após extração de molares inferiores foi de 6,4%, sendo minguada para 1,8% após seis meses de acompanhamento¹¹. Dessa maneira, pode-se relacionar esta alta taxa de lesão ao nervo alveolar inferior com a complicação pós-cirúrgica, caracterizada pela parestesia, devido ao elemento dentário encontrar-se em íntimo contato com o nervo supracitado.

CONCLUSÃO

Analisando as estatísticas descritas no trabalho referenciado é possível identificar que a inclusão do primeiro molar é incomum, o presente trabalho buscou relatar esta ocorrência rara, descrevendo o ato cirúrgico, assim como as medicações e a complicação pós-operatória, visando trazer informações pertinentes sobre este evento.

O planejamento é de suma importância para uma cirurgia complexa como a descrita, os exames de imagens complementares são indispensáveis e o cirurgião dentista deve estar capacitado e preparado para atos cirúrgicos como estes.

REFERÊNCIAS

- 1- Joshi M, Kasat V. Variations in impacted mandibular permanent molars: Report of three rare cases. *Contemp Clin Dent*. 2011;2(2):124–6.
- 2- Ribeiro ET, Bridi MP, Pereira TCR, Velloso TRG, Salim MAA, Bertollo RM, et al. Dentes inclusos associados a cistos e tumores odontogênicos: condutas terapêuticas. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2015; 17(2): 78-88.
- 3- Oliveira MG, Sovieiro C, Costa CAFN, Marini E, Murad FO, Arteta FXP, et al. Dentes inclusos. *Rev Fac Odontol*. 1995; 27: 37-48.
- 4- Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Melo Luz AC, Gonçalves RB. Ocorrência de dentes impactados. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac*. 2003; (3): 43-8.
- 5- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e Maxilofacial*. 4th. São Paulo: Elsevier; 2010.
- 6- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004. 798p.
- 7- GrazianI M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. p. 173.
- 8- Bondemark L, Tsiopa J. Prevalence of ectopic eruption, impaction, retention and agenesis of the permanent second molar. *Angle Orthod*. 2007;77(5):773–8.
- 9- Boffano P. Surgical extraction of deeply horizontally impacted mandibular second and third molars. *J. Craniofac. Surg*. 2010; 21(2): 403-6.
- 10- Muniz VRV, Figueiredo LMG, Freitas FFP, Costa MVOC, Neto PRQ, Souza DO. Rara impactação bilateral dos primeiros, segundos e terceiros molares inferiores: relato de caso. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2014; 13(2): 248-52.
- 11- Hasegawa T. Risk factors associated with inferior alveolar nerve injury after extraction of the mandibular third molar: a comparative study of preoperative images by panoramic radiography and computed tomography. *Int. J. Oral Maxillofac*. 2013;42(7):843-851.

*De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.