

Artigo de Relato de Caso

Case Report Article

Reposicionamento dental imediato em segundo molar inferior: relato de caso

Immediate dental repositioning in second molar tooth: case report

Mateus Barros Cavalcante¹
Caroline Brígida Sá Rocha²
Larissa Gabriele Batista Gomes²
Caio Pimenteira Uchôa¹
Rômulo Augusto de Paiva Macêdo¹
Marcelo Soares dos Santos¹
Emanuel Dias de Oliveira e Silva¹

Autor para correspondência:

Mateus Barros Cavalcante
Setor de Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial
Rua Arnóbio Marques, 230 – Santo Amaro
CEP 50100-130 – Recife – PE – Brasil
E-mail: mateus_bcf@hotmail.com

¹ Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Hospital Universitário Oswaldo Cruz – Recife – PE – Brasil.

² Departamento de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco – Recife – PE – Brasil.

Data de recebimento: 20 dez. 2018. Data de aceite: 11 mar. 2019.

Palavras-chave:

técnica de movimento dental; cirurgia; dente não erupcionado.

Resumo

Introdução: Dentes inclusos podem ser definidos como os que permanecem sobre tecido duro ou mole após cessados os estímulos eruptivos fisiológicos. A verticalização cirúrgica é um manejo do dente com intuito de reposicioná-lo para que ele possa cumprir sua função dentro da boca. Essa técnica deve ser utilizada sempre que o elemento dentário em questão apresente condições de saúde ou sem grandes destruições, o que possibilita ser mantido. Deve-se lançar mão dessa cirurgia principalmente em pacientes jovens, para permitir uma melhor saúde estomatognática, diminuindo a necessidade de reabilitação protética precoce. **Objetivo:** Apresentar a vantagem do reposicionamento imediato do dente. **Relato de caso:** Paciente jovem, 21 anos, do sexo masculino, encontrava-se com o terceiro e segundo molares inclusos, com o último prejudicando o

dente adjacente. O reposicionamento mediante verticalização cirúrgica permitiu o rápido retorno funcional do elemento dentário, assim como a sua permanência dentro da cavidade oral. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para tratamento endodôntico do elemento. **Conclusão:** A verticalização cirúrgica proporcionou o reposicionamento dental imediato, mostrando ser uma técnica cirúrgica rápida e de fácil manuseio, com bom prognóstico e baixo índice de complicações.

Abstract

Keywords:

tooth movement techniques; surgery; tooth unerupted.

Introduction: Including that can be defined as teeth that remain on bone or soft tissue after cessation of physiological eruptive stimulate. The surgical verticalization is a management of the tooth to its reposition, it can fulfill its function inside the mouth. This technique should be used whenever the dental element in question presents health conditions or without great destruction, which makes it possible to maintain. This surgery should be used, especially in young patients, which allows better stomatognathic health, reducing the need for early prosthetic rehabilitation. **Objective:** The studying aim is to present the advantage of immediate tooth repositioning. **Case report:** a 21-year-old male patient, who was found with included third and second molars, the latter damaging the adjacent tooth. The repositioning using this surgical management allowed the quick functional return of the dental element, as well as the permanence of the element inside the oral cavity. After surgery, the patient was referred for endodontic treatment of the element. **Conclusion:** The surgical verticalization provided immediate dental repositioning, which proved to be a quick and easy surgical technique, with a good prognosis and a low rate of complications.

Introdução

Diversos fatores estão associados ao processo fisiológico de erupção dentária. Distúrbios durante essa etapa podem acarretar desde alterações morfológicas até retenção dentária. Quando alterações no processo fisiológico acometem os elementos dentários e estes permanecem sobre tecido duro ou mole após cessados os estímulos eruptivos, eles são classificados de dentes inclusos [5]. A etiologia da inclusão dentária está relacionada a fatores locais, muitas vezes de caráter mecânico, e a fatores sistêmicos, como deficiências nutricionais, alterações sindrômicas e uso de medicamentos [7].

Os segundos molares inferiores apresentam uma baixa percentagem de inclusão, mais frequentemente na mandíbula do que na maxila [2]. As principais causas de impacção desses dentes são: espaço inadequado para erupção, perda da orientação pela raiz distal do primeiro molar, resultado da perda prematura, anquilose ou retenção prolongada da dentição primária e erupção obstruída por processos patológicos [8].

Os segundos molares, quando inclusos, podem acarretar algumas complicações, como maior incidência de cáries dentárias, maloclusão, doença periodontal, cárie radicular nos dentes adjacentes, além de tratamento ortodôntico prolongado [4].

Atualmente o manejo dos segundos molares impactados inclui tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos, tais como: reposicionamento ortodôntico, verticalização cirúrgica e extração, com ou sem transplante do terceiro molar para o local de extração. Alguns critérios de avaliação são importantes para a indicação da conduta terapêutica [2].

A verticalização cirúrgica tem a vantagem de reposicionar de maneira imediata o dente, entretanto, por causa do trauma local durante o procedimento, existe um risco de perda de vitalidade pulpar e outras complicações, como reabsorções externas e infecção [11].

A previsibilidade do tratamento aumenta significativamente se respeitados os princípios cirúrgicos assépticos, a idade do paciente, o grau de rizogênese e a estabilização semirrígida [10]. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de verticalização cirúrgica do segundo molar inferior.

Relato de caso

Paciente com 21 anos de idade, gênero masculino, procurou a Universidade Estadual de Pernambuco (FOP/UPE), em Camaragibe (Pernambuco), com queixa de ausências dentárias em região posterior inferior direita. Ao exame de imagem (figura 1), observaram-se inclusões dentárias dos dentes 18, 28, 38, 47 e 48.



Figura 1 - Ortopantomografia evidenciando os dentes 18, 28, 38, 47 e 48 inclusos

Inicialmente foi descartada a possibilidade de realização de tracionamento ortodôntico do segundo molar inferior, pela sua posição mesializada e aparente comprometimento das raízes do primeiro molar inferior. Então, planejou-se a exodontia de todos os dentes inclusos.

As cirurgias foram divididas em dois momentos cirúrgicos; inicialmente se fizeram as exodontias dos dentes 28 e 38 e, no segundo momento cirúrgico, dos dentes 18 e 48.

No ato observou-se que não havia comprometimento da raiz do primeiro molar inferior. Optou-se, portanto, pela luxação e pelo reposicionamento do dente 47 e exodontia dos dentes 18 e 48 (figura 2 - A e B).

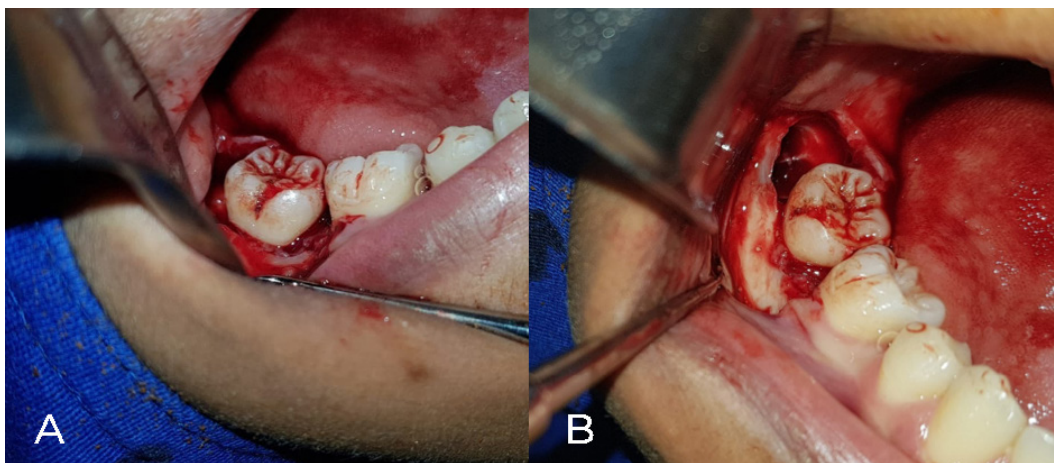


Figura 2 - A) Vista lateral após o reposicionamento dental; B) vista oclusal evidenciando o alvéolo do terceiro molar inferior operatório

Utilizaram-se fio de aço número 1 e resinas compostas para a realização da contenção semirrígida e estabilização (figura 3A), seguindo a filosofia de uma avulsão dentária. O dente foi posicionado e estabilizado em infraoclusão, para impedir que forças mastigatórias pudessem deslocar ou atrapalhar a regeneração tecidual (figura 3B).

O paciente foi orientado a fazer dieta líquida/pastosa por 30 dias e teve prescrição antibiótica com amoxicilina 500 mg (de 8/8h por 7 dias), analgésica com dipirona 500 mg (de 6/6h por 2 dias) e anti-inflamatória com nimesulida 100 mg (de 12/12h por 3 dias).

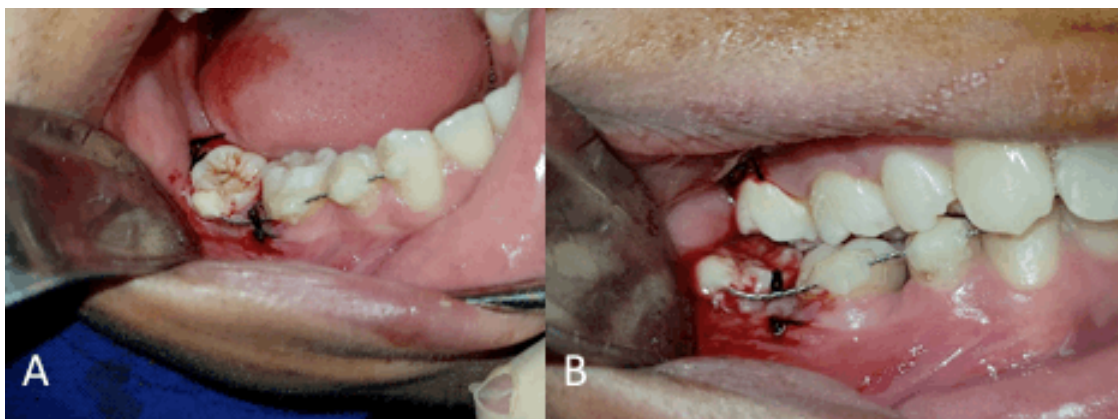


Figura 3 - A) Estabilização do dente com resinas fotopolimerizáveis e fio de aço número 1; B) estabilização em infraoclusão, para impedir que forças mastigatórias deslocassem o dente

Ele foi acompanhado semanalmente; após 7 dias de acompanhamento, apresentava-se sem dor e sem aspectos de infecção, inflamação ou mobilidade dental. A retirada da contenção foi feita após 21 dias de utilização, e efetuaram-se testes de sensibilidade pulpar após 2 meses de acompanhamento, constatando-se vitalidade. O dente abordado apresentava cárie rasa em sua região oclusal; o paciente foi encaminhado para tratamento ortodôntico para reestabelecimento de sua oclusão funcional.



Figura 4 - Aspecto clínico do dente reposicionado após 2 meses de acompanhamento

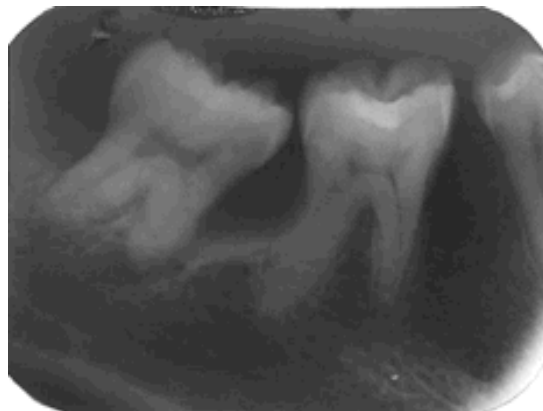


Figura 5 - Aspecto imaginológico após 2 meses de acompanhamento

Discussão

A verticalização cirúrgica deve ser realizada com uma força de luxação mínima para minimizar algumas complicações [1, 9] como: anquilose, necrose da polpa e reabsorção interna e externa [3]. Padwa *et al.* [8], ao avaliar a verticalização cirúrgica de segundos molares inferiores, encontraram uma taxa de insucesso de apenas 10,5% dos casos, demonstrando ser uma técnica eficaz e com baixa taxa de falhas no tratamento [8]. Anderson *et al.* [1] realizaram o mesmo procedimento em mais de 30 pacientes com excelentes resultados e sem complicações.

A utilização de procedimentos ortodônticos apresenta limitações em virtude do tempo de reposicionamento e da colagem de dispositivos, já que o dente se encontra incluso, além da dificuldade em aplicar força direcional apropriada [1]. No presente caso a técnica da verticalização cirúrgica foi

escolhida porque o paciente se recusava a outro meio de resolução do caso, por questões de disponibilidade de tempo e financeiras. Por ser uma técnica de baixo custo e rápida resolutividade, a verticalização cirúrgica foi considerada como opção terapêutica.

Para Miyahira *et al.* [6], independentemente do tipo de tratamento escolhido, a desimpacção do segundo molar deve iniciar-se imediatamente após seu diagnóstico, uma vez que tal anomalia pode causar, além de reabsorção da raiz do dente adjacente, cárie e problemas periodontais.

Durante o procedimento de verticalização cirúrgica, a força exigida para o reposicionamento dental faz com que o dente se mova em direção distal, alterando sua posição na base óssea, de modo a romper as fibras do ligamento periodontal e o seu feixe vasculonervoso, bem parecido com o que acontece com o reimplante dental. O sucesso do reimplante depende da manutenção da vitalidade das células do ligamento periodontal, o que está relacionado com a extensão do trauma cirúrgico, o tempo de permanência extra-alveolar e a reinserção e quantidade de manipulação [10]. Ao realizar a verticalização cirúrgica, os impactos sofridos pelo ligamento periodontal são menores, já que ocorre a preservação parcial das estruturas periodontais e periapicais, fazendo aumentar as taxas de sucesso dessa técnica.

No presente caso utilizou-se contenção semirrígida por 21 dias. A estabilização semirrígida faz com que o dente apresente sua movimentação natural, estimulando a formação do ligamento periodontal, bem como evita o aprofundamento através das forças oclusais do dente reposicionado [11].

O tratamento endodôntico do dente reposicionado pode ser empregado com o intuito de prevenir futuras complicações periapicais. No estudo de Pogrel [9] observou-se uma incidência de 36% de calcificações pulpares durante o período de acompanhamento, entretanto os testes de vitalidade mantiveram-se positivos [11], sugerindo que as alterações pulpares encontradas não interferem no sucesso clínico da técnica cirúrgica.

Conclusão

A verticalização cirúrgica proporciona o reposicionamento dental imediato. Trata-se de uma técnica cirúrgica rápida de fácil manuseio, com bom prognóstico e baixo índice de complicações. Apesar disso, são escassos os dados sobre o acompanhamento e a estabilidade a longo prazo.

Agradecimentos

Agradecemos ao paciente, por ter nos autorizado o estudo e a publicação do caso, como também ao corpo docente da disciplina Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE).

Referências

1. Anderson K, Murtagh K, Sacks HG. Soft tissue and occlusal management in the surgical uprighting of impacted molars: technical note. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012;70(8):e438-e440. doi:10.1016/j.joms.2012.04.046.
2. Boynton T, Lieblisch SE. Surgical uprighting of second molars. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2013;21(2):235-7.
3. Freire-Maia B, Pereira TJ, Ribeiro MP. Distalização de segundo molar inferior impactado através da utilização de ancoragem esquelética com miniplaca: relato de caso. *Dental Press J Orthod*. 2011 Jul/Aug;16(4):132-6.
4. Fu PS, Wang JC, Wu YM, Huang TK, Chen WC, Tseng YC et al. Impacted mandibular second molars. *Angle Orthod*. 2012;82(4):670-5.
5. Matos FS, Vieira LE, Barros LE. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. *Rev Psicol Saúde e Debate*. 2017 Jan;3(1):34-49. doi:10.22289/2446-922X.V3N1A4.
6. Miyahira YI, Maltagliati LA, Siqueira DF, Romano R. Miniplates as skeletal anchorage for treating mandibular second molar impactions. *Am J Orthod Dento Facial Orthop*. 2008;134(1):145.
7. Nogueira AS, Ponzoni D, Pasinato E, Ferrari LK, Farias RD. Principais transtornos ocasionados por dentes inclusos. *Rev Ass Paul Cirurg Dent*. 1997 May/Jun;51(3):247-9.
8. Padwa BL, Dang RR, Resnick CM. Surgical Upright in gIisa successful procedure for management of impacted mandibular second molars. *J Oral Maxillo Fac Surg*. 2017;75(8):1581-90.
9. Pogrel MA. The surgical up righting of mandibular second molars. *Am J Orthod Dento Facial Orthop*. 1995 Aug;108(2):180-3.
10. Poi WR, Salineiro SL, Miziara FV, Miziara EV. A educação como forma de favorecer o prognóstico do reimplante dental. *Revista da APCD*. 1999 Nov/Dec;53(6):474-9.
11. Vasconcelos BC, Fernandes E, Aguiar ERB. Reimplante dental. *Rev Cir Traumat Bucocomaxilofacial*. 2001 Jul/Dec;1(2):45-51.