

ULECTOMIA COMO OPÇÃO CIRÚRGICA NO RETARDO DA ERUPÇÃO DENTÁRIA: RELATO DE CASO

ULECTOMY AS SURGICAL OPTION IN CASES OF DELAY IN DENTAL ERUPTION: CASE REPORT

George Táccio de Miranda **CANDEIRO**¹
 Fabrícia Campêlo **CORREIA**²
 Suyanne Arrais Leite de Miranda **CANDEIRO**³

RESUMO

Os períodos de erupção dos dentes, de modo geral, diferem entre as populações e áreas geográficas, pois podem ser influenciados por alguns fatores como condições ambientais, nível sócio-econômico, raça, sexo e distúrbios locais, como a fibrose gengival e o cisto de erupção. A fibrose gengival é causada pelo atrito superficial dos alimentos durante a mastigação, sendo mais freqüente sobre os incisivos centrais superiores por esfoliações ou perda precoce dos dentes decíduos. Com o objetivo de permitir um caminho livre para esse dente vir ocupar sua posição no arco dentário, o cirurgião-dentista pode realizar um procedimento cirúrgico, denominado, ulectomia, que consiste na exérese dos tecidos que revestem a face incisal ou oclusal da coroa dentária de um dente decíduo ou permanente não irrompido. Para uma indicação precisa da técnica cirúrgica são necessários os exames clínico e radiográfico minuciosos da região. Uma vez indicada a ulectomia, esta deve ser feita imediatamente, pois a postergação do ato cirúrgico pode levar ao fechamento do espaço, pela inclinação dos dentes vizinhos, o que impediria tratamento ortodôntico posterior na recuperação do espaço perdido. Assim, este trabalho relata um caso clínico de uma paciente do gênero feminino, oito anos, que apresentou o dente 11 retido. A partir dos exames clínico e radiográfico, optou-se pela realização da ulectomia, a fim de possibilitar a erupção do referido dente. Após 4 anos de proervação, observa-se um adequado posicionamento da unidade dentária.

UNITERMOS: Arco dental; Mucosa bucal, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A cronologia de erupção dental apresenta diferenças de acordo com a população e com a área geográfica, podendo ainda ser alterada por fatores gerais ou locais, que atrasam ou aceleram a erupção dos dentes decíduos e permanentes^{5,6,15}.

Alguns fatores podem alterar este processo, como a desnutrição, o hipotireoidismo, o hipopituitarismo, a fibrose gengival, a ausência de dentes, a presença de dentes supranumerários, os traumatismos alvéolo-dentários, alguns tumores e os cistos dentígero e de erupção^{13,15}.

No processo de erupção dental, os dentes decíduos sofrem um fenômeno chamado rizólise fisiológica, que orienta a erupção de seu sucessor, proporcionando o posicionamento e alinhamento dentro de uma arcada dentária. Todavia, quando esse fenômeno sofre desvios por perda precoce,

erupção tardia ou ausência do dente permanente, isto poderá muitas vezes alterar o curso da cronologia da erupção¹⁵. Isso decorre pelo fato do folículo pericoronário ter relação com o regulamento de muitos eventos celulares e moleculares na erupção dentária, incluindo a diferenciação osteoclástica necessária para a reabsorção do osso alveolar, direcionando o caminho para a erupção dos dentes¹⁶.

Embora a erupção dentária tenha sido extensivamente estudada, até hoje existem apenas teorias sobre o seu mecanismo. Acredita-se que o fator desencadeante principal da reabsorção do dente decíduo seja a erupção do dente permanente correspondente. Entretanto, nos casos de ausência do germe do permanente, a reabsorção do decíduo também ocorre, embora mais lentamente. Assim sendo, acredita-se que outros

1 Especialista em Endodontia e Mestre em Odontologia/Endodontia pela Universidade Federal do Ceará. Doutorando em Endodontia pela FOU SP. Professor dos Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização em Endodontia da Academia Cearense de Odontologia.

2 Acadêmica do Curso de Odontologia e Monitora da Disciplina de Histologia e Embriologia Humanas da Universidade Federal do Ceará.

3 Especialista em Periodontia pela ABO-CE. Pós-graduada em Implantodontia pela Universidade Federal do Ceará.

fatores estão associados, como o crescimento da face e dos ossos maxilares, a ação dos músculos da mastigação e as forças oclusais¹.

Entretanto, modificações químicas no germe dentário estão relacionadas aos momentos iniciais da erupção, como a produção do fator de crescimento epitelial (EGF) pelo folículo pericoronário, enzimas do tipo metaloproteinases originadas no órgão do esmalte, fator de crescimento (TGF- β 1) e interleucinas pelo retículo estrelado e a liberação de IgE a partir das células do epitélio reduzido do esmalte estimulam a formação de um canal epitelial para a erupção⁷.

Quando não ocorre uma erupção dentária espontânea, o cirurgião-dentista pode realizar um procedimento cirúrgico, denominado ulectomia, com o objetivo de permitir um caminho desimpedido para esse dente vir a ocupar a sua posição no arco dentário, que consiste na remoção dos tecidos que revestem a face oclusal da coroa dentária de um dente decíduo ou permanente não irrompido, assim como a remoção da mucosa gengival que permanece recobrendo a coroa de dentes parcialmente irrompidos⁵.

Dessa forma, a ulectomia está indicada nos casos em que, sem outro motivo aparente, ocorre retardo da erupção dentária. Assim como em dentes parcialmente erupcionados e cuja erupção está lenta, para prevenção de infecções dentárias secundárias, como a pericoronarite⁶. Esse procedimento é indicado, também, nos casos de cistos de erupção, que podem ser chamados de hematomas de erupção, quando o quadro clínico torna-se doloroso e incômodo, com a finalidade de drenar o fluido cístico e expor a coroa do dente ao meio bucal^{2,3,11}.

No entanto, para uma correta indicação da técnica é preciso associar os exames clínico e radiográfico da região¹⁴. Através do exame clínico, comumente nota-se uma área com aumento de volume e coloração mais pálida, além de marcas contornadas, denotando a presença do dente não irrompido. Radiograficamente, pode-se observar a rizogênese do dente atingindo 2/3 do seu estágio^{5,14}.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico onde foi adotada a ulectomia para promover a erupção do elemento dentário 11, avaliando a importância do diagnóstico e do planejamento para a correta execução do procedimento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 08 anos, procurou atendimento odontológico no Centro de Desenvolvimento da Família (CEDEFAM), da Universidade Federal do Ceará, queixando-se da ausência do dente 11 (Figura 1). Durante a anamnese, constatou-se a ausência de alterações sistêmicas e não houve relato de fatores que pudesse resultar em tal retardo, como por exemplo, a ocorrência de trauma local ou perda precoce do dente decíduo.

Foi ainda relatado pela mãe da paciente que ela apresentava dificuldades de relacionamento com outras crianças da mesma idade, pois todas já possuíam os

dentes erupcionados ou em erupção. Dessa forma, a paciente se tornara tímida, perdendo a vontade de ir à escola, devido a ausência do dente 11.

Durante o exame clínico intra-oral, foi verificado que o referido dente apresentava-se coberto por uma espessa lâmina de tecido gengival com coloração mais pálida na área correspondente ao bordo incisal do dente 11 (Figura 2) e, que ao toque, evidenciava a coroa do dente não erupcionado.

Após realização de radiografia periapical (Figura 3), foi verificada a presença do elemento dental retido apenas por tecido gengival e a não completa formação radicular, correspondendo ao estágio 8 da classificação de Nolla¹⁰, não apresentando força eruptiva suficiente para irromper o tecido gengival. Dessa forma, a opção de tratamento sugerida foi a ulectomia, seguida proervação da erupção do elemento dentário.

Após a anti-sepsia da cavidade bucal com gluconato de clorhexidina 0,12% (Periogard®, Colgate Palmolive Ind. Bras., São Bernardo do Campo, Brasil) fez-se o uso de anestesia tópica com gel de Benzocaína (Benzocaína® Interstate Drug Exchange, IL, EUA), seguida da aplicação da anestesia terminal infiltrativa usando apenas um tubete anestésico de Lidocaína 2% com Fenilefrina 1:2.500 (Novocol®, SS White Artigos Dentários LTDA, Rio de Janeiro, Brasil) sendo aplicada em vários pontos na gengiva do bordo incisal referente ao elemento dentário 11 (Figura 4).

Com o auxílio de um bisturi nº 15 (Lunamed, São Paulo, Brasil), realizou-se uma incisão elíptica ao redor da mucosa gengival a ser removida que, após divisão e exérese do tecido, expôs o bordo incisal no sentido mesio-distal do dente 11 (Figuras 5 e 6).

Não foi realizada sutura ou colocação de cimento cirúrgico. A região foi cuidadosamente irrigada com soro fisiológico seguida de hemostasia por tamponamento com gaze estéril, não havendo necessidade de medicação analgésica pós-operatória.

Após uma semana, foi observado o início da erupção do elemento dentário (Figura 7), o qual se encontrou com estética e função plenamente restabelecidos em um período de quatro anos (Figura 8). Nos exames radiográficos, verificou-se que o desenvolvimento radicular não foi interrompido, notando-se também a presença do dente 13 impactado (Figuras 9 e 10).



Figura 1 – Aspecto clínico inicial do sorriso da paciente.



Figura 2 – Exame clínico inicial da paciente, evidenciando retenção do dente 11.



Figura 5 – Incisão inicial.

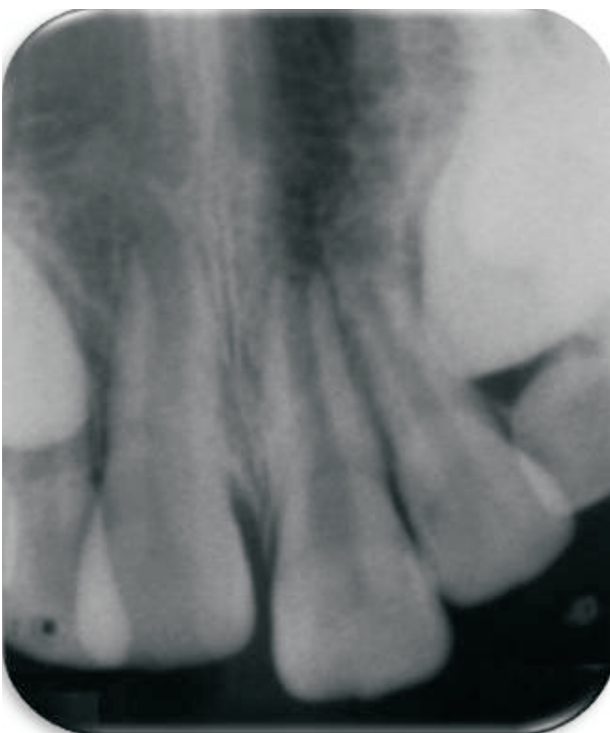


Figura 3 – Radiografia periapical, observando-se rizogênese incompleta dos dentes 11 e 21.



Figura 6 – Aspecto final, após a remoção do capuz gengival e exposição da coroa dentária.



Figura 7 – Aspecto pós-operatório (7 dias), evidenciando início de erupção espontânea do dente 11.



Figura 4 – Anestesia infiltrativa no capuz gengival.



Figura 8 – Acompanhamento de 4 anos, evidenciando completa erupção do dente 11.



Figura 9 – Radiografia periapical, sendo observada a completa formação radicular dos dentes 11 e 21, além da inclusão dentária do dente 13.

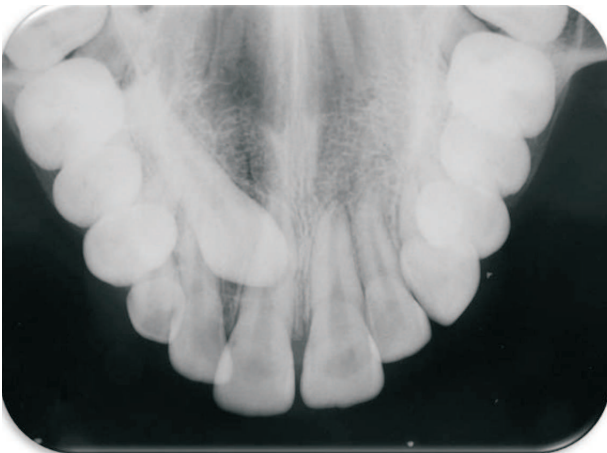


Figura 10 – Radiografia oclusal, sendo observada a completa formação radicular dos dentes 11 e 21, além da inclusão dentária do dente 13.

DISCUSSÃO

Para uma oclusão fisiologicamente normal é importante que a cronologia da erupção seja respeitada em todas as suas fases e estágios. Uma alteração neste ciclo vital pode gerar problemas de maloclusão, tornando cada vez mais complexo e demorado o tratamento a ser realizado.

Assim, quando existe a ausência ou o atraso na erupção de um elemento dentário, deve-se procurar criteriosamente a causa, a fim de planejar corretamente a época e o tipo de tratamento a ser adotado. O diagnóstico diferencial é importante, pois

pode haver sinais semelhantes entre a agenesia dentária e o retardo na erupção, por exemplo.

Dessa forma, o exame clínico associado a radiografias periapicais, oclusais e panorâmica pode auxiliar na descoberta de possíveis agentes etiológicos relacionados à ausência de erupção de um dente, como odontomas e dentes supranumerários. O exame radiográfico, segundo Cavalcante e Paiva⁴, permite a identificação de fatores que possam mascarar o diagnóstico e até mesmo contra-indicar o procedimento, como uma camada óssea recobrindo a coroa dentária, agenesia e grau de formação radicular.

Para Guedes–Pinto⁵, ao expor a coroa dentária subjacente, que pode ainda estar recoberta por tecido ósseo alveolar, deve-se efetuar cuidadosamente a osteotomia. No presente relato de caso, após a incisão gengival, não foi verificada nenhuma presença de tecido ósseo, facilitando a seqüente erupção do dente.

Segundo Martinez et al.⁸, a verificação radiográfica do estágio de rizogênese é importante, devendo corresponder ao estágio 8 de Nolla (2/3 da raiz formada) para a indicação desta técnica, ao passo que Issao e Guedes–Pinto⁶ relataram que a partir do 7º estágio de Nolla (1/3 de raiz formada) o dente já apresenta força eruptiva, sendo portanto a ulectomia indicada.

Katchburian e Arana⁷ relatam que a extração de um dente decíduo acelera a velocidade de erupção do dente permanente quando a raiz está bem desenvolvida, porém retarda quando a raiz está pouco desenvolvida.

Durante o procedimento cirúrgico, a incisão deve permitir a exposição do bordo incisal ou face oclusal do dente, podendo ser realizada com lâmina de bisturi, laser ou bisturi elétrico, removendo-se qualquer interferência¹².

Quando a cirurgia envolve apenas tecido gengival, o pós-operatório é favorável, não sendo relatada comumente sintomatologia dolorosa, desde que não haja outros fatores capazes de interferir na erupção dos elementos dentários, como tecido ósseo⁶.

Se o procedimento cirúrgico – a ulectomia – for, por alguma razão, adiado haverá sempre o risco de curvamento do ápice radicular ou de fechamento do espaço, pela inclinação dos dentes vizinhos, o que implicaria na necessidade de tratamento ortodôntico posterior para recuperação do espaço perdido^{4,5,14}.

Martins et al.⁹ relacionaram dois métodos para o tratamento: a exposição cirúrgica seguida da irrupção natural indicada em casos de inclinação axial favorável, e a aplicação de forças ortodônticas nos acessórios colados nos dentes retidos após a exposição cirúrgica. No presente caso, não houve necessidade de tratamento ortodôntico auxiliar, pois com apenas 7 dias da exposição cirúrgica, o dente já apresentava início de erupção satisfatória.

Além de restabelecer a função do elemento dentário na arcada, um correto diagnóstico pode influenciar no convívio social, pois a criança terá maior estímulo a manutenção do convívio social. Na infância

e pré-adolescência, ocorre grande parte do desenvolvimento psicossocial e emocional da criança, sendo o período de troca dentária delicado. Dessa forma, um dente que tem a sua cronologia de erupção alterada pode gerar uma repercussão negativa no desenvolvimento emocional e na vida daquele indivíduo.

O cuidadoso planejamento, associado a um adequado acompanhamento, permitirá que o paciente alcance uma dentição com características estético-funcionais satisfatórias.

CONCLUSÕES

A ulectomia constitui uma terapia conservadora importante para a erupção de alguns dentes, devendo haver o correto planejamento e a indicação adequada, sendo imprescindíveis os exames clínico e o radiográfico para a execução do procedimento na clínica odontológica.

ABSTRACT

The periods of tooth eruption, in general, differ among populations and geographic areas, they may be influenced by such factors as environmental conditions, socioeconomic status, race, gender and local disturbances, such as fibrosis and gingival eruption cyst. Gingival fibrosis is caused by the friction surface of food during chewing, most frequently on the upper central incisors by scrubs or early loss of deciduous teeth. In order to allow a way for that tooth come to mind their position in the dental arch, the dentist can perform a surgical procedure, known ulectomy, which is based on surgical tissue lining the incisal or occlusal side of the tooth of a deciduous or permanent tooth is not broken out. For a precise surgical technique are necessary clinical and radiographic minute from the region. As indicated ulectomy, this should be done immediately because the postponement of surgery can lead to the closure of the space, the gradient of the neighboring teeth, thus preventing orthodontic treatment later in the recovery of lost space. This paper reports a clinical case of a female patient, eight years, who presented the 11 tooth retained. From the clinical and radiographic examinations, it was decided to perform the ulectomy, to allow the eruption of that tooth. After 4 years of expectation, there is an appropriate positioning of the dental unit.

UNITERMS: *Dental Arch, Mouth Mucosa, Diagnosis.*

REFERÊNCIAS

- 1 - Arana-Chavez VE. Odontogênese. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1997; 51(4): 32-4.
- 2 - Boj JR, Garcia-Godoy F. Multiple eruption cysts: report of case. J Dent Child. 2000; 67(4):282-4
- 3 - Carreira MA, Pacenko MR, Matsumoto MA, Dekon AFC. Cisto de erupção e resolução cirúrgica por ulectomia: caso clínico. J Appl Oral Sci. 2003; 11(3): 234.
- 4 - Cavalcante AL, Paiva LCA. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. Publ UEPG Ci Biol Saúde. 2006; 12(3): 39-42.
- 5 - Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 6. ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999.
- 6 - Issao M, Guedes-Pinto AC. Manual de Odontopediatria. 9.ed. São Paulo: Pancast, 1994.
- 7 - Katchburian E, Arana-Chavez VE. Histologia e embiologia oral.1.ed. São Paulo: Medicina Panamericana; 1999.
- 8 - Martinez JA, Mota LFG, Miranda, IMAD, Guedes-Pinto AC. Cirurgia em odontopediatria. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria clínica. São Paulo: Artes Médicas 1998. cap.12, p.167-90.
- 9 - Martins DR, Kawakami RY, Henriques JFC, Janson GRP. Impacção dentária: condutas clínicas-apresentação de casos clínicos. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial. 1998; 3(1):12-22.
- 10 - Nolla CM. The development of the permanent teeth. J Dent Child. 1960; 27(2):254-66.
- 11 - Nunn JH. Eruption problems: a cautionary tale. J Dent Child. 1993; 60: 207-10.
- 12 - Poricelli E, Ponzoni D. Cirurgia bucal pediátrica. In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 3.ed. São Paulo: Premier, 2005, p.315-30.
- 13 - Saraiva APV, Ferreira JMS, Valença AMG. Ulectomia como opção cirúrgica em casos de retardo na erupção de incisivos superiores: relato de casos clínicos. Rev Fac Odontol Anápolis. 2005; 7(1): 28-31.
- 14 - Silva FWGP, Queiroz AM, Stuaní AS, Nelson-Filho P, Díaz-Serrano, KV. Ojal quirúrgico (ulectomia) ¿cuando y como realizarlo?: Reporte de 3 casos clínicos. Acta Odontol Venez. 2008; 46(3): 326-8.
- 15 - Vantine FF, Carvalho PL, Candelária FLA. Estudo dos fatores que alteram a cronologia de erupção dentária. Rev Virt Odontol. 2007; 1(3):18-23.
- 16 - Yao S, Wise GE. Regulation of gene expression of tumor necrosis factor- α by protein kinase C in the rat dental follicle. Arch Oral Biol. 2003; 48(9):643-8.

Endereço para correspondência:

George Táccio de Miranda Candeiro

Av. Desembargador Moreira, 2660 – Dionísio Torres
Fortaleza-CE, Brasil / CEP: 60.135-690
e-mail: georgecandeiro@hotmail.com