

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PRÉ-MOLAR RETIDO EM POSIÇÃO INVERTIDA, POR ACESSO EXTRA BUCAL - RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO

SURGICAL TREATMENT OF PRE- MOLAR HELD IN REVERSE POSITION THROUGH EXTRA ORAL ACCESS - CLINICAL SURGICAL CASE REPORT

Antonio José Duarte FERREIRA JUNIOR *

Silvan CORREA **

Clóvis MARZOLA ***

Hugo COSTA E COSTA ****

* Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Instituto Florence de Ensino (São Luís-MA). Especialista, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais. Especialista em Ciências Básicas e da Saúde. Doutor em Implantodontia. Membro titular da Academia Tiradentes de Odontologia. Membro dos Serviços de Cirurgia e Traumatologia dos Hospitais São Domingos, UDI e Centro Médico Maranhense (São Luís-MA). Mérito Odontológico Clóvis Marzola da Câmara Brasileira de Cultura

** Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais da Universidade Uniceuma (São Luís-MA) e do Instituto Florence de Ensino (São Luís-MA). Especialista e Mestre em Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais. Doutorando em cirurgia. Membro dos Serviços de Cirurgia e Traumatologia dos Hospitais São Domingos, UDI e Centro Médico Maranhense (São Luís-MA). Mérito Odontológico Clóvis Marzola da Câmara Brasileira de Cultura

*** Professor Titular de Cirurgia Aposentado da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP. Professor do Curso de Especialização da APCD Regional de Bauru. Membro Efetivo da Associação Hospitalar de Bauru – Hospital de Base. Membro Titular Fundador do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco maxilo facial. Presidente da Academia Tiradentes de Odontologia. Diretor e Editor da Revista de Odontologia da ATO. Membro Titular da Academia Brasileira de Odontologia. Membro Titular da Câmara Brasileira de Cultura. Mérito Odontológico Clóvis Marzola da Câmara Brasileira de Cultura.

**** Aluno do Curso de graduação em Odontologia da Universidade CEUMA (São Luís-MA).

RESUMO

O plano de tratamento de dentes retidos deve ser sempre feito após criteriosa avaliação clínica e radiográfica. O tratamento ortodôntico cirúrgico é o procedimento mais utilizado para este tipo de caso. O diagnóstico precoce pode prevenir problemas resultantes da retenção dental como a dor, transtornos oclusais, infecciosos e periodontais, neoplasias e reabsorções radiculares de dentes vizinhos. Este estudo visa abordar o planejamento, diagnóstico, tratamento ortodôntico e cirúrgico destes dentes além do aspecto periodontal para a resolução de casos a serem tratados ortodôntico e cirurgicamente.

ABSTRACT

The treatment choice for solving impacted teeth should be made after careful clinical and radiographic evaluation. The surgical exposure followed by an orthodontic treatment is the surgical procedure most commonly used for these cases. The early diagnosis can minimize the problems that tooth retention may cause, such as root resorption of the neighboring teeth. This study aims to address the planning, diagnosis, orthodontic treatment and surgical aspect of these teeth and gum for the resolution of cases to be treated and orthodontic surgery.

Unitermos: Dente Retido; Tracionamento; Tratamento Ortodôntico.

Uniterms: Impacted teeth; Tooth traction; Orthodontic treatment.

INTRODUÇÃO

A irrupção dentária é um processo fisiológico ocorrendo com precisão impecável nos seres humanos. Os dentes decíduos e permanentes formam-se no interior dos ossos maxilares e após certo espaço de tempo, vão irrompendo numa sequência estabelecida pela natureza, com a finalidade de cumprir uma das suas principais funções: a mastigação. Porém em algumas ocasiões este mecanismo falha ou se interrompe resultando em retenções dentais e má-colusões (**NOUEL, 1993 e MARZOLA, 2008**).

Em se tratando de prevenção, sem dúvida alguma o mais importante a ser considerado é o preparo do cirurgião, tanto sob o ponto de vista anatômico, uma vez que o profissional necessita ter pleno conhecimento da anatomia envolvida na região, bem como lançar mão e saber interpretar os recursos diagnósticos utilizados para esse fim - como técnico - onde se torna indispensável o entendimento das diversas técnicas cirúrgicas, sua indicação precisa para cada caso como, também, uma exímia habilidade manual para poder executá-la (**MARZOLA, 2008 e COLAKOGLU; HAMAK; OKTAY, 2010**).

O irrompimento ectópico é uma alteração no trajeto normal de irrupção de um germe dentário, ocorrendo a qualquer momento. Para os autores os terceiros molares e os caninos superiores são os dentes que apresentam distúrbios no trajeto de irrompimento com maior frequência (**MARTINEZ; WALKER; MENEZES, 2007 e MARZOLA, 2008**).

Face ao exposto, o presente trabalho objetiva dirigir o clínico por uma sequência diagnóstica simples e metódica, permitindo a realização de um plano de tratamento lógico e equilibrado. Posteriormente, será exposto um caso clínico de um paciente com retenção de dentes ectópicos e seu respectivo tratamento.

REVISTA DA LITERATURA

Dentes retidos são aqueles que, uma vez chegada a época normal de iruir, ficam parcial ou totalmente encerrados no interior do tecido ósseo, com manutenção ou não da integridade do saco pericoronário. O tratamento cirúrgico para remoção dos terceiros molares é uma das intervenções mais difíceis da cirurgia buco dental **(MARZOLA, 2008)**. As cirurgias para remoção de dentes retidos são erroneamente denominadas de “cirurgias orais menores”, exigindo do profissional que se habilita a fazê-las, profundo conhecimento e habilidade, não sendo rara a ocorrência de acidentes e complicações em razão do emprego de planejamento e intervenções incorretas **(ZANINI, 1990 e MARZOLA, 2008)**.

A retenção pode acometer qualquer germe dental, entretanto os terceiros molares e os caninos superiores parecem ser aqueles mais frequentemente retidos que os demais **(MARZOLA, 2008 e SANDRIN; ZORZETTO; MARZOLA et al., 2008)**.

A retenção dentária é um fenômeno com uma frequência elevada sendo enumeradas três principais causas, como a presença de obstáculo mecânico, patologias do próprio órgão dentário impedindo o seu desenvolvimento normal, a presença de dentes supranumerários, além da conjugação dos dois fenômenos anteriores **(PEREIRA; FERREIRA, 2008 e MARZOLA, 2008)**.

Os dentes que aparecem retidos com maior frequência são os terceiros molares (90%), seguidos pelos caninos superiores (5%), pré-molares inferiores e supranumerários (5%) **(SANTOS JUNIOR, 2007 e MARZOLA, 2008)**. Os caninos superiores são aqueles mais frequentemente retidos **(MARZOLA, 2008)**.

O segundo pré-molar inferior é o dente mais frequentemente retido após os terceiros molares e caninos superiores com uma incidência de 2,1 a 2,7% **(OIKARINEN; JULKU, 1974)**.

Embora infrequentes as retenções de pré-molares representam 8%, sendo mais prevalentes no gênero feminino e, na maioria dos casos é unilateral **(ESCODA; AYTÉS, 1999 e MARZOLA, 2008)**.

A retenção dentária é mais observada na dentição permanente, podendo estar presente, também, na decídua, pois durante os processos de formação e irrompimento dos dentes, a criança está sujeita a vários fatores locais e sistêmicos, podendo resultar na retenção de um ou mais dentes **(SANTANA; FERREIRA; PINZAN, 2000 e MARZOLA, 2008)**.

Os fatores determinantes podem ser de caráter local ou geral. Nas locais encontram-se falta de espaço, relação dento esquelética alterada, má posição de dentes adjacentes, perda precoce de temporários, traumas na infância, permanência prolongada de decíduos, presença de obstáculos mecânicos como odontomas ou cistos, rotação primária do germe e, fechamento precoce do ápice radicular. Como gerais, podem estar as patologias sistêmicas podendo interferir negativamente no processo de formação e desenvolvimento do germe dentário e, ainda as doenças febris, distúrbios endócrinos, hipovitaminose, sífilis congênita e,

anquilose das articulações temporo mandibulares (**MOTTOLA, Malferrari, 1999; Giublin; Webber; Tanaka et al., 2001 e Marzola, 2008**).

A grande maioria dos autores consideram os terceiros molares inferiores, aqueles mais frequentemente retidos, portanto, estão mais associados a transtornos como cistos odontogênicos, mobilidade dentária e reabsorção radicular de dentes vizinhos. Em razão do avanço de técnicas que permitem o diagnóstico precoce, sua extração tornou-se um procedimento comum e rotineiro para o cirurgião buco-maxilo-facial (**Eliasson; HeimdaHL; Nordenram, 1989; Zardo, 1997; Richardson, 1998; e Marzola, 2008**).

As cirurgias para remoção dos dentes retidos não são procedimentos simples, pois requerem do cirurgião um bom adestramento e conhecimento das estruturas anatômicas relacionadas ao elemento dentário. É de fundamental importância no planejamento da intervenção, a determinação do exato posicionamento do dente retido, a extensão das ostectomias, avaliação da necessidade de odontosecções, visando intervenções com menos traumatismos operatórios. Previne-se assim, acidentes e complicações pós-operatórias como as hemorragias, traumas, comprometimento de estruturas nervosas, fraturas radiculares, danos aos dentes vizinhos, fraturas ósseas, dor, edema e infecção. As classificações das retenções baseadas nos exames complementares de imagens têm facilitado o estabelecimento de técnicas e recursos para as extrações (**Marzola, 2008**).

Três sistemas de classificação dos terceiros molares inferiores retidos são recomendados, quanto à angulação, em relação ao ramo ascendente da mandíbula e ao plano oclusal e, auxiliando muito na seleção e planejamento da técnica cirúrgica mais adequada (**Santana; Ferreira; Pinzan, 2000 e Marzola, 2008**).

A *Classificação de Winter* leva em consideração a orientação do longo-eixo do terceiro molar retido em relação ao do segundo molar, descrevendo sete formas de posicionamento. A *Classificação de Pell e Gregory* refere-se ao espaço existente entre a rama da mandíbula e a face do segundo molar e, à profundidade relativa do terceiro molar retido em relação ao segundo molar, classificando-se em Classe I, II e III em relação ao ramo, ou ainda Classe A, B e C quando comparada ao plano oclusal (**Oliveira, 1992; Mottola; Malferrari, 1999 e Marzola, 2008**).

A remoção de dentes retidos frequentemente segue os protocolos cirúrgicos básicos de retalho mucoperiosteal e ostectomia já estabelecidos. No entanto, existem alguns dentes que necessitam de remoção, não sendo casos de rotina. Nestas situações, os cirurgiões devem utilizar seus conhecimentos e habilidades em técnicas alternativas para a conclusão do procedimento (**Milano; Lawrence; Marshall, 1996 e Marzola, 2008**).

Várias opções de tratamento como exposição e tracionamento ortodôntico, transplante, acompanhamento e, a remoção cirúrgica, são dependentes de fatores como rizogênese incompleta, idade do paciente e, grau de retenção. Se o canino retido for diagnosticado precocemente, é possível que o alcance em uma posição melhor no arco dentário com irrompimento assistido ortodonticamente, porém, é um tratamento longo e caro, necessitando da seleção e preparo cuidadoso do paciente, além de interação/cooperação entre o ortodontista e o cirurgião. Quando não obtido sucesso no tratamento ortodôntico, é indicada a remoção

cirúrgica do dente retido ou ainda dependendo da indicação, seu transplante **(MARZOLA, 2008 e COLAKOGLU; HAMAK; OKTAY, 2010)**.

O CD deve conhecer a anatomia macroscópica e radiográfica do canal mandibular com suas variações para planejar corretamente a cirurgia de seus pacientes e, desta forma, evitar resultados deletérios, solucionando o problema, caso ocorra **(MARZOLA, 2008 e VALARELLI, 2009)**. O canal mandibular transmite a artéria e o nervo alveolar inferior, um ramo da terceira divisão do nervo trigêmeo, a partir do forame mandibular até o mental **(BERBERI; MANI; NASSEH, 1994 e JERGES; SWINSON; MOLES et al., 2006)**.

O exame radiográfico panorâmico é muito útil para identificar e classificar as variações anatômicas do canal da mandíbula. Entretanto, deverá ser utilizado com cautela devido às suas limitações no que diz respeito a distorções e bi dimensionalidade **(DEVITO; TAMBURUS, 2001)**.

As radiografias periapicais fornecem imagens detalhadas do elemento dental com o mínimo de distorção. Em razão de a superfície de registro da imagem (filme) estar próxima do objeto a ser radiografado durante sua realização melhor visualização dos detalhes anatômicos é obtida em comparação à radiografia panorâmica **(SILVA, 2007)**. O tamanho e posição do dente, seu comprimento, número e conformação das raízes, espaço do ligamento periodontal e, sua relação com estruturas nobres adjacentes podem ser mais bem avaliados utilizando-se a incidência periapical **(SILVA, 2007)**.

A ortopantomografia convencional (OPG) tem sido recomendada como a investigação preliminar de escolha na avaliação pré-operatória dos terceiros molares inferiores. No entanto, falta a ela fornecer informações de diagnóstico em relação a determinadas relações anatômicas e, para o planejamento do tratamento de difíceis impatações **(JHAMB, 2009)**.

Quando a imagem panorâmica é sugestiva de uma relação íntima entre o dente retido e o canal mandibular, a tomografia computadorizada médica deve ser recomendada para maiores investigações, para se demonstrar o relacionamento de tridimensional entre as duas estruturas **(DHARMAR, 1997 e MARZOLA, 2008)**.

A tomografia computadorizada de feixe-cônico reduziu significativamente o risco, comparado ao da tomografia computadorizada tradicional, reduzindo consideravelmente a carga de radiação. Houve, também, um benefício potencial para o paciente com a redução do risco de lesão ao nervo alveolar. Cirurgiões que têm utilizado as imagens 3D relataram que eles abordam a cirurgia com um nível significativamente reduzido de estresse em casos difíceis, e que o tempo de operação pode ser ligeiramente reduzido. Um menor nível de estresse pode trazer um benefício adicional para o paciente na redução de lesões, além do benefício direto ao cirurgião-dentista por ele saber exatamente onde estão estruturas vitais **(APINHASMIT; METHATHRATHIP; CHOMPOOPONG et al., 2006 e AMINOSHARIAE; SU; KULILD, 2014)**.

Método alternativo é descrito em uma paciente jovem de 11 anos de idade com impactação do segundo pré-molar inferior direito, utilizando magnetos atrativos de samário-cobalto colado com resina fotopolimerizável sobre a superfície vestibular do dente impactado e, outro polo magnético rígido incrustado em um aparelho banda alça. Os autores informam que os magnetos empregados geraram um campo de força contínuo e autônomo não sendo necessária a utilização de fios metálicos como guias de orientação na irrupção e, nem elásticos de tração.

A desimpactação ocorreu em um período 40 dias sendo necessárias duas ativações magnéticas por aproximação dos magnetos, concluindo, portanto, que o método foi bastante eficaz tanto em relação ao tempo de tratamento quanto em relação ao conforto proporcionado ao paciente (**SISENANDO; NELCY; LUIZ et al., 2006**).

RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO

Paciente com 26 anos, gênero feminino, C. N. M., leucoderma, foi encaminhada pelo CD (Ortodontista) para a *Clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial*. Não houve queixa de dor pela paciente e, ao solicitar uma radiografia panorâmica, constatou-se que ela apresentava um dente retido, sendo encaminhada para tratamento. Ao exame físico extra bucal, não houve evidências de alterações clínicas. Ao exame intrabucal detectou-se a ausência do elemento 35. A radiografia panorâmica apresentada pela paciente evidenciava a presença de elemento dentário retido (35) em posição invertida, ao nível da base da mandíbula esquerda (**Fig. 1**).

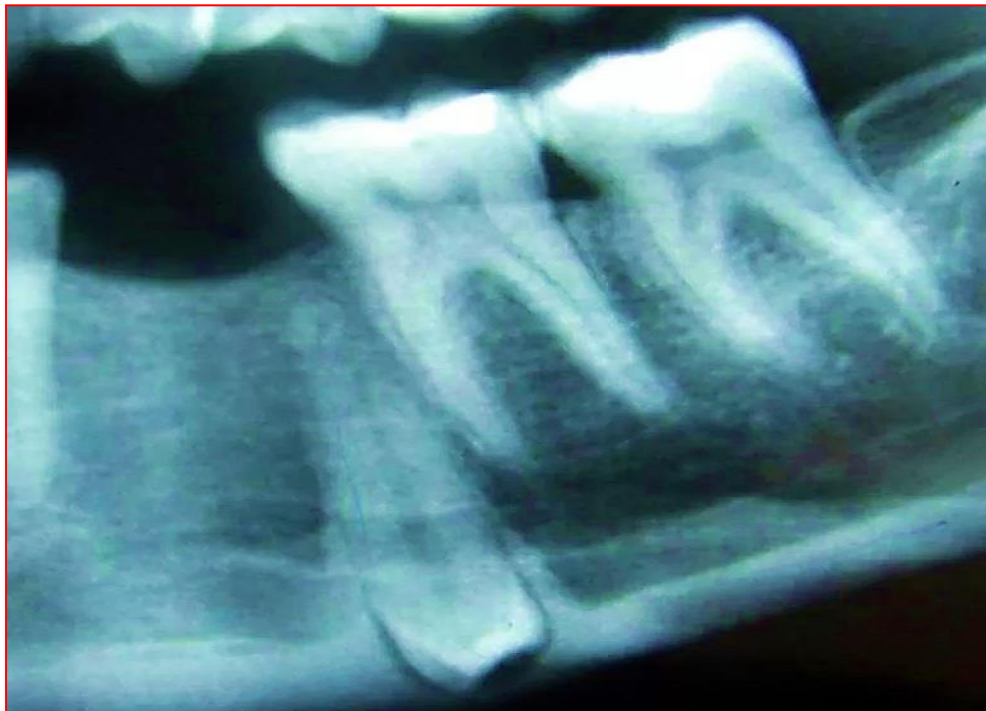


Fig. 1 – Aspecto radiográfico do pré-molar retido invertido.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

Diante da sintomatologia clínica, propôs-se a realização da cirurgia, sendo solicitados todos os exames pré-operatórios de rotina e, a cirurgia conduzida sob anestesia geral. Após anestesia por bloqueio regional e infiltrativa com solução de Cloridrato de Bupivacaína a 0,5% adrenelinada, realizou-se incisão sobre a mucosa, através de bisturi de Bard-Paker municiado com lâmina nº. 15 ao longo, com desenho da incisão orientada pelas linhas de expressão da face (**Fig. 2**). Em seguida, realizou-se o descolamento mucoperiostal com ruginas de Obwegeser, sendo o retalho mantido em posição com afastadores apropriados (**Figs 3 e 4**).



Fig. 2 – Aspecto da incisão.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

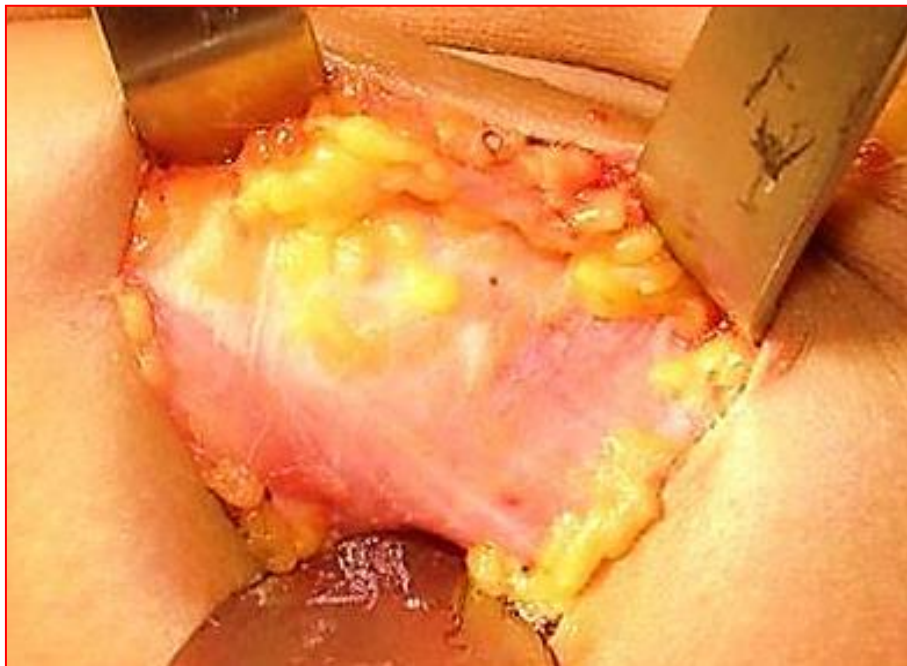


Fig. 3 – Aspecto do descolamento do retalho.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

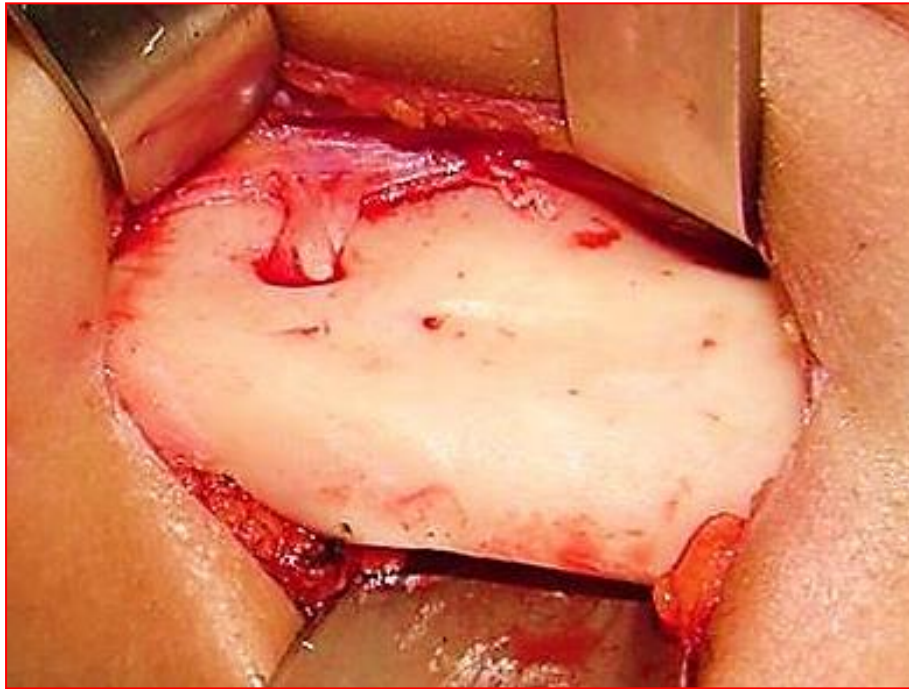


Fig. 4 – Após o descolamento do retalho vê-se a base da mandíbula.
Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

Com brocas de números 702-703, acopladas à peça de mão de motor cirúrgico, iniciou-se a osteotomia / ostectomia, para expor a coroa e a parte da porção radicular do 48. (**Fig. 5**).

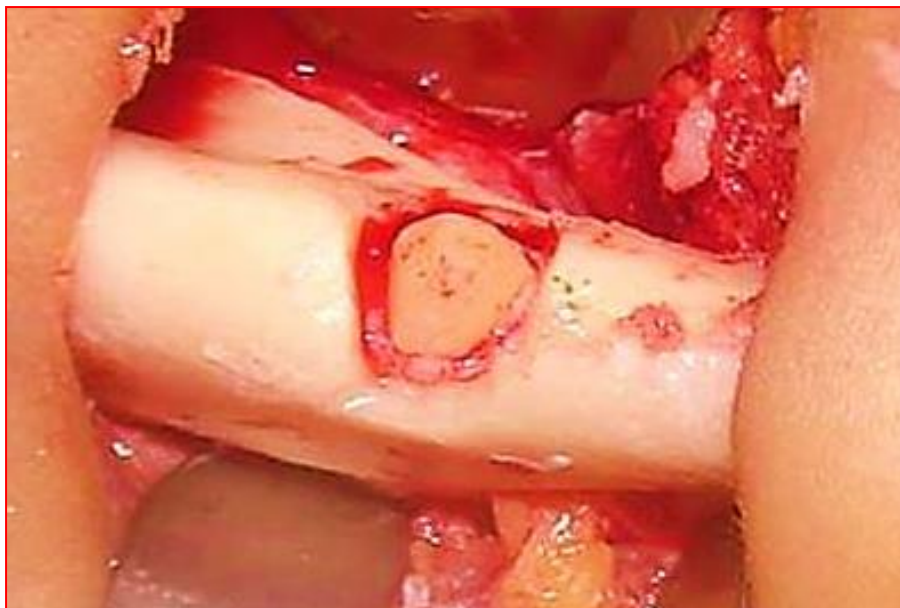


Fig. 5 – Osteotomia / Ostectomia.
Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

Pé-luxação, mediante emprego de extratores de Seldin, foi delicadamente empreendida, antes de se iniciarem as manobras de odontosseção, conduzidas inicialmente, através de pontas diamantadas número 707 e complementadas com brocas número 702. O duplo traçado da odontosseção, inicialmente realizado através de um traçado corono-radicular, podendo permitir a remoção da coroa e da raiz do elemento dentário retido, de maneira a não transferir esforços maiores às frágeis paredes ósseas circunvizinhas (**Figs. 6 e 7**).

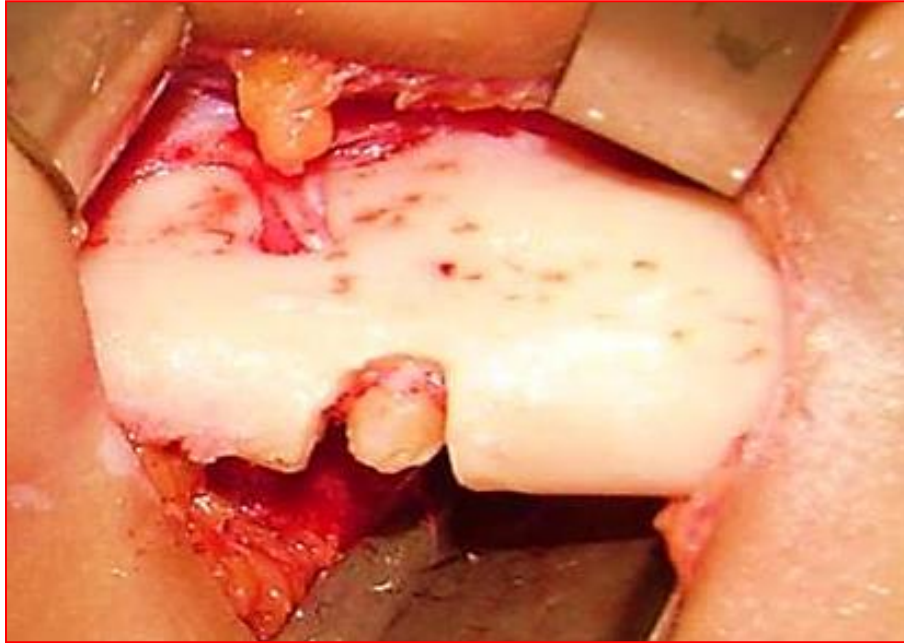


Fig. 6 – Elemento dentário.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

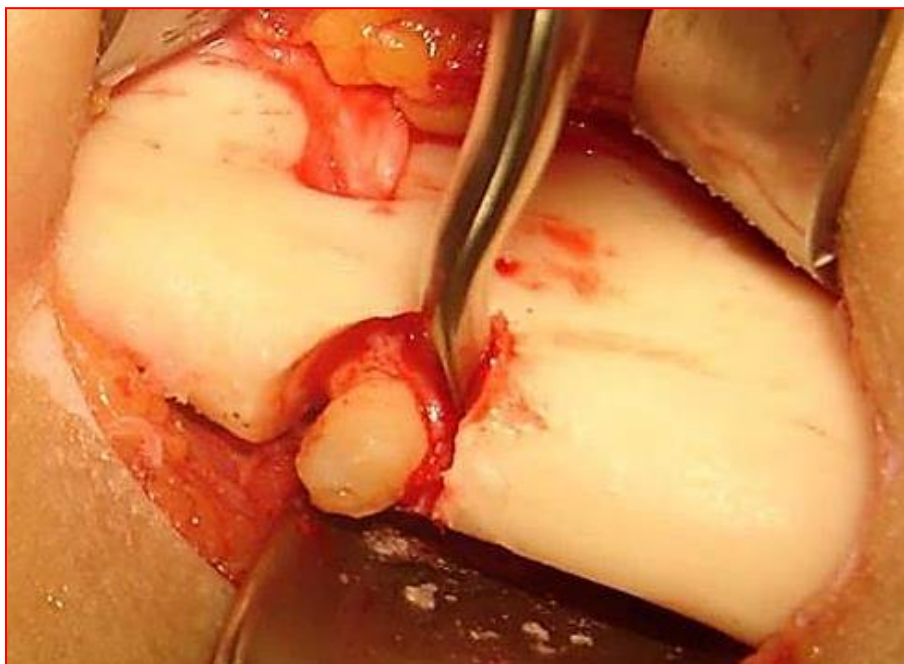


Fig. 7 – Momento da luxação.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

Após remoção do elemento dentário (**Fig. 8**) realizou-se fixação interna estável com placa, parafuso e, malha de titânio moldada no ato cirúrgico (**Fig. 9**) e, o envolvimento com membrana absorvível (**Fig. 10**).

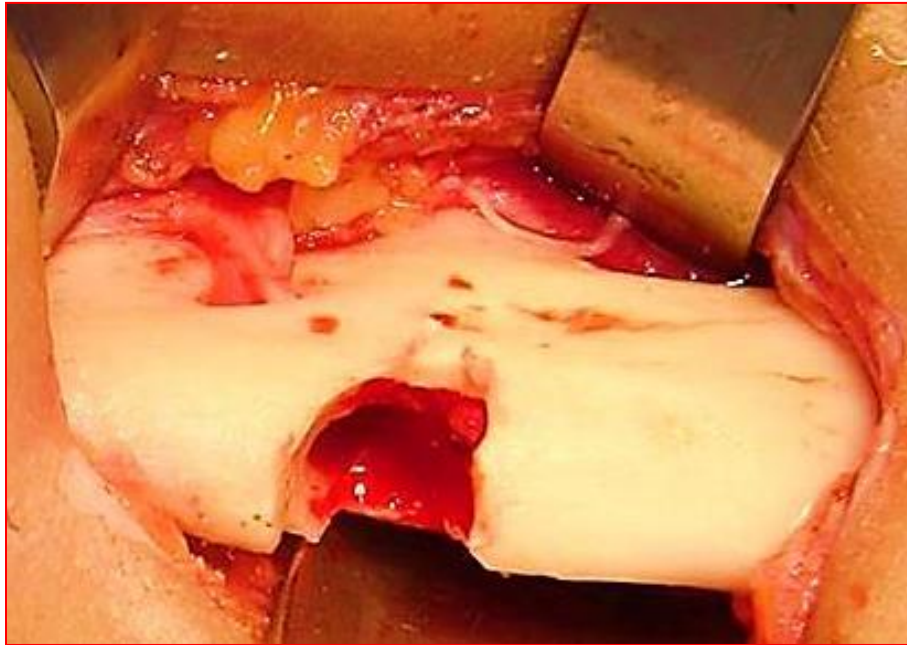


Fig. 8 – Elemento removido.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

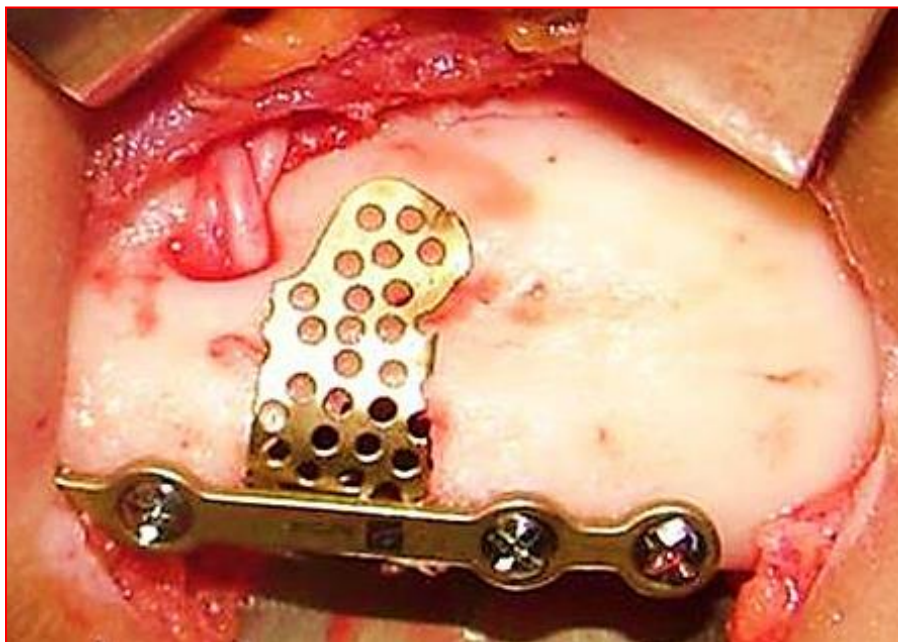


Fig. 9 – Fixação da placa, parafuso e malha de titânio.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

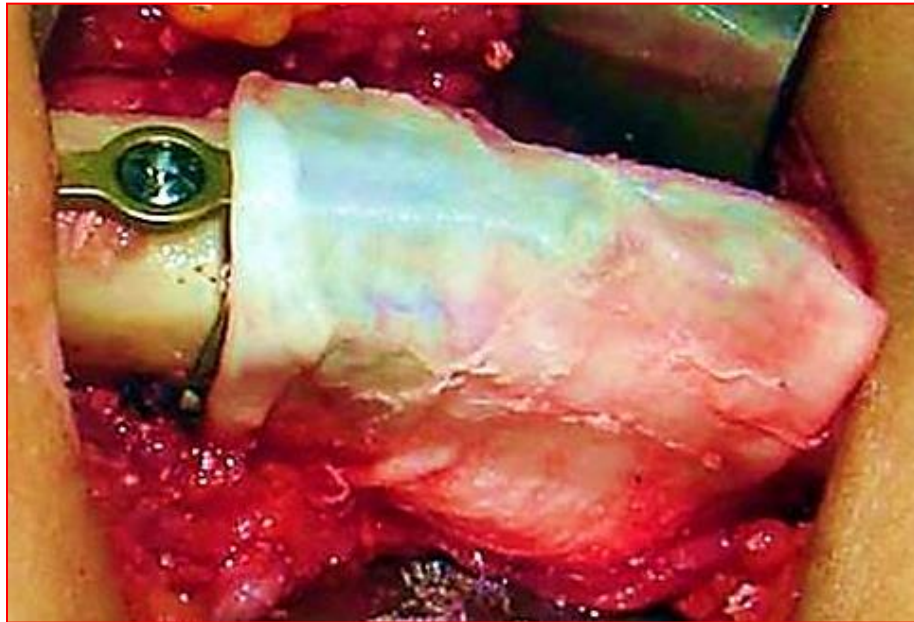


Fig. 10 – Membrana adaptada.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

Finalizou-se com a síntese por camadas teciduais, para evitar possíveis imperfeições na cicatrização, comprometendo a estética facial (**Fig. 11**). Seguiu-se com controle radiográfico e, aspecto da cicatrização após 30 dias do tratamento (**Figs. 12 e 13**).



Fig. 11 – Síntese.

Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.



Fig. 12 – Aspecto radiográfico após tratamento.
Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.



Fig. 13 – Cicatrização após 30 dias.
Fonte – Acervo particular do Prof. Dr. FERREIRA JR, A. J. D.

DISCUSSÃO

A cirurgia de dentes retidos representa tratamento amplamente realizado na Odontologia. A demanda por este procedimento cresce a cada dia no mundo. No entanto, para que transcorra sem maiores problemas, planejamento pré-operatório adequado deve sempre ser perfeitamente realizado (**MARZOLA, 2008 e SAMPIERI, 2011**), como pode ser notado pelo caso apresentado.

Profissionais da Odontologia, em todas as áreas, durante exames de rotina ou em seus tratamentos, não raramente se deparam com elementos retidos, posicionados ou não ectopicamente. A escolha mais comum para este tipo de tratamento é o ortodôntico cirúrgico, tendo a finalidade de posicionar o dente no arco sem causar danos periodontais (**MARZOLA, 2008 e GASPARIN; ZORZETTO; MARZOLA, 2013**), corroborando com o caso apresentado.

Dentre os autores que defendem a exérese profilática de dentes retidos, pois há possibilidade de haver o desenvolvimento associado de lesões patológicas, sendo um dos principais pontos de destaque (**GOMES; DIAS; BEZERRA et al., 2004 e MARZOLA, 2008**), também, constatado pelo caso relatado.

Muito embora não sejam de grande frequência, as alterações sejam elas inflamatório-infecciosas, císticas ou tumorais, passíveis de acometerem estes dentes, merecem atenção por parte do profissional, devido ao alto grau de morbidade, inclusive com possibilidade de haver déficit permanente à vida do paciente. As patologias que se desenvolvem em associação a estes dentes podem ser de grande valor, inclusive podendo predispor ao desenvolvimento de alterações malignas (**MOTTOLA; MALFERRARI, 1999; GIUBLIN; WEBBER; TANAKA et al., 2001 e MARZOLA, 2008**), perfeitamente visualizado pelo relato mostrado.

Dentes não viáveis quer em termos de posição ou de forma, são candidatos à extração com posterior acompanhamento ortodôntico e protético (**BURCH; NGAN; HACKMAN, 1994 e MARZOLA, 2008**). A abordagem pode ser intra ou extra oral, dependendo da localização do dente (**ALLING; CATONE, 1993 e MARZOLA, 2008**). Regra geral, intra-oral é preferida, pois apesar de proporcionar campo cirúrgico mais limitado, não deixa sequelas estéticas e, também, não corre o risco de lesar o nervo facial. Porém, se o dente se encontra numa posição de difícil acesso como no ângulo ou na borda inferior da mandíbula, por exemplo, a extra oral pode ser mais indicada (**BURCH; NGAN; HACKMAN, 1994 e MARZOLA, 2008**).

A remoção numa idade em torno de 18 anos quando a raiz do germe possui dois terços do seu comprimento total pode estar mais bem indicada (**PETERSON; ELLIS; HUPP et al., 2000 e MARZOLA, 2008**). Outros autores indicam a conduta conservadora com acompanhamento clínico e radiográfico do dente por um período de tempo indeterminado, devido alguns dentes assumirem posições que venham a dificultar o tratamento cirúrgico (**COLAKOGLU; HAMAK; OKTAY, 2010 e MARZOLA, 2008**) e, isso pode ser completamente visto pela apresentação do caso exibido.

Localização de dentes retidos é efetuada através exames clínicos e de imagens (**MARZOLA, 2008 e GASPARIN; ZORZETTO; MARZOLA, 2013**) e, com relação aos aspectos radiológicos, só é útil quando os seus resultados, sejam eles positivos ou negativos, ainda venham a modificar ou reforçar o diagnóstico (**MARZOLA, 2008 e AMINOSHARIE; SU; KULILD, 2014**) podendo ser mostrado claramente e, corroborado com o caso exibido.

A Tomografia Computadorizada de feixe-cônico (*Cone-Beam*) ainda não tem sido amplamente adotada na Odontologia provavelmente, em parte, devido à falta de familiaridade dos CDs com a técnica e, às dificuldades resultantes da leitura e interpretação das imagens que são um pouco embaçadas. É necessário que o CD busque novos conhecimentos e se familiarize com novas modalidades de exame radiográfico como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, para saber interpretar corretamente estes exames e, até mesmo, saber o momento certo de utilizá-los (**DHARMAR, 1997; APINHASMIT; METHATHRATHIP; CHOMPOOPONG et al., 2006; MARZOLA, 2008 e AMINOSHARIAE; SU; KULILD, 2014**), como pode-se corroborar perfeitamente com o caso relatado pois nenhum exame desses foi mostrado.

Alguns autores têm utilizado o argumento de dificuldade cirúrgica para não indicar a exérese de dentes retidos. Porém, a atual praticidade do ato cirúrgico, os menores custos operatórios e, as técnicas modernas de diagnóstico e planejamento cirúrgico minimizam tal dificuldade (**ESCODA 1999; GOMES; DIAS; BEZERRA et al., 2004 e MARZOLA, 2008**), como pode-se corroborar com o caso apresentado.

O desconforto pós-operatório imediato com a ocorrência de dores, edemas, sangramentos dentre outros como referenciado é uma ocorrência importante a ser analisada com finalidade de se aperfeiçoar o procedimento cirúrgico. Porém, tal acontecimento não apresenta valor significativo quando comparado ao benefício em longo prazo proporcionado. O desconforto pós-operatório imediato seria uma etapa passageira para se chegar à uma melhora considerável na qualidade de vida a longo prazo (**ESCODA, 1999; CAPPELLETTE, 2008 e MARZOLA, 2008**), constatando-se este aspecto aqui, também. Sendo assim, tudo isso que foi abordado por meio de hipóteses, sugerindo conclusões de bom nível para o fechamento desta discussão.

As complicações originadas pelas diversas terapêuticas desempenham papel muito importante na altura de escolher o plano de tratamento mais adequado ao paciente. De fato, as opções de tratamento atrás referidas podem acarretar diversos efeitos negativos. Sendo assim, vão-se referir as complicações específicas de cada tratamento e, tudo isso que foi abordado por meio de hipóteses venham a sugerir conclusões de bom nível para o fechamento desta discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce da retenção dentária com irrupções ectópicas permitem ao CD recorrer oportunamente a um tratamento interceptivo de forma a evitar complicações. A extração de dentes inferiores nesta condição anatômica é o tratamento preventivo mais usado para prevenção de fraturas mandibulares e, de indicações ortodônticas comumente.

Na abordagem cirúrgica para a exposição destes dentes retidos deve-se ter em consideração a posição anatômica do dente em relação feixe vasculo-nervoso da alveolar inferior. O tratamento cirúrgico induzido proporcionará melhoria nos resultados em termos ortodônticos e funcionais, bem como diminuição de complicações futuras.

Quadros clínicos complicados requerem abordagem multidisciplinar, com envolvimento do clínico geral e especialistas.

REFERÊNCIAS *

- AMINOSHARIAE, A.; SU, A.; KULILD, J. C. Determination of the location of the mental foramen: A critical review. *J. Endod.*, v. 40, n. 4, p. 471-5, apr., 2014.
- APINHASMIT, W.; METHATHRATHIP, D.; CHOMPOOPONG, S. *et al.*, Mental foramen in Thais: An anatomical variation related to gender and side. *Surg. Radiol. Anat.*, v. 28, n. 5, p. 529-33, oct., 2006.
- BERBERI, A.; MANI, J.; NASSEH, I. Duplicated mandibular canal: Report of a case. *Quintessence. Int.*, v. 25, n. 4, p. 277-81, apr., 1994.
- BURCH J, NGAN P, HACKMAN A. Diagnosis and treatment planning for unerupted premolars. *Pediatr. Dent.* V. 16, n. 2, p. 89-95, 1994.
- CAPPELLETTE, M., Caninos permanentes retidos por palatino: Diagnóstico e terapêutica – Uma sugestão técnica de tratamento. *Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Fac.*, Maringa, v. 13, n. 1, p. 60-73, jan./fev., 2008.
- COLAKOGLU, M.; HAMAK, H.; OKTAY, H. Investigation of transmigrated and impacted maxillary and mandibular canine teeth in an orthodontic patient population. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 68, p. 1001-6, 2010.
- DHARMAR, S. Locating the mandibular canal in panoramic radiographs. *Int. J. oral Maxillofac. Imp.*, v. 12, n. 1, p. 113-7, jan./fev., 1997.
- DEVITO, K. L.; TAMBURUS, J. R. Anatomia do canal da mandíbula: Classificação radiográfica das variações. *Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent.* São Paulo, SP., v. 55, n. 4, p. 261-6, jul./ago., 2001.
- ELIASSON, S; HEIMDAHL, A; NORDENRAM, A. Pathological changes related to long term impaction of third molar. *Int. J. oral. Maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 210-2, apr., 1989.
- ESCODA, C. G.; AYTÉS, L. B. *Cirurgia bucal*. Madrid: Ed. Ergon, 1999.
- GASPARIN, F. R.; ZORZETTO, D. L. G.; MARZOLA, C. Surgical orthodontical treatment of impacted teeth – Literature review and surgical clinic case report. *Rev. Odontologia (ATO)*, Bauru, SP., v. 13, n. 10, p. 975-95, out., 2013
- GIUBLIN, L. G. S.; WEBBER, G.; TANAKA, O. Incisivos centrais superiores retidos: Considerações cirúrgica-ortodônticas. *J. brasil. Cir. Ortp. Facial*. Curitiba, v. 6, n. 36, p. 472-9, 2001.
- GOMES, A. C. A.; DIAS, E.; BEZERRA, T. P. *et al.*, Terceiros molares: O que fazer?, *Rev. Cirur. Traumat. BMF.*, v. 4, n. 3, p. 137-43, jul./set., 2004.
- JERGES, W.; SWINSON, B.; MOLES, D. R. *et al.*, Permanent sensory nerve impairment following third molar surgery: A prospective study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 102, n. 4, p. 1-7, 2006.
- JHAMB, A. Comparative efficacy of spiral computed tomography and orthopantomography in preoperative detection of relation of inferior alveolar neurovascular bundle to the impacted mandibular third molar. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 67, n. 1, p. 58-66, jan., 2009.
- MARTINEZ, L.; WALKER, M. M. S.; MENEZES, M. H. O. Ectopia do canino superior por vestibular: Considerações teóricas e relato de caso clínico. *Rev. Clín. Ortodon. Dental Press*, Maringá, v. 6, n. 3 - jun./jul., 2007.
- MARZOLA, C. *Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial*. São Paulo: Ed. Big Forms, 2008, 6 vs.

* De acordo com as normas da ABNT e da Revista de Odontologia da ATO.

- 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.*, v. 54, p. 1240-2, 1996.
- MOTOLLA, A.; MALFERRARI, S. Abordagem cirúrgica e classificação dos elementos dentários inclusos. *J. Clín. Odont.*, v. 1, n. 6, p. 68-73, 1999.
- NOUEL, A. A. A. Tratamiento de dientes com erupción retrasada. *Rev. Dent. Santo Domingo*, v. 30, n. 1, p. 21-51, ene./jun., 1993.
- OLIVEIRA, M. G. Radiografia panorâmica na complementação diagnóstica de inclusões de terceiros molares. *Rev. Odonto Ciência*, Porto Alegre, RS., v. 11, n. 22, p. 83-91, fev., 1992.
- OIKARINEN, V. J.; JULKU, M. Impacted premolars: An analysis of 10,000 orthopantomograms. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, v. 70, n. 3, p. 95-8, jun., 1974.
- PEREIRA, R. J.; FERREIRA, F. Estudo dos terceiros molares numa população de consulta clínica em Gandra. *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.*, v. 49, p. 87-92, 2008.
- RICHARDSON, M. E. O terceiro molar: Uma perspectiva ortodôntica. *Rev. Dent. Press Ortod. Ortop. Fac.*, v. 3, n. 3, p. 103-17, mai./jun., 1998.
- SANDRIN, R.; ZORZETTO, D. L. G.; MARZOLA, C. *et al.*, Prevalência de dentes retidos na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Rev. Odontol. ATO*, Bauru, SP. v. 8, n. 11, p. 604-23, nov., 2008.
- SAMPIERI, M. B. S., *Análise radiográfica dos tipos de retenção e raízes incidentes em terceiros molares inferiores retidos*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, 2011.
- SANTANA, E.; FERREIRA JR., O.; PINZAN, C. R. M. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. *Rev. brasil. Cir. Implant.*, v. 7, n. 27, p. 42-5, 2000.
- SANTOS JUNIOR, P. V. Terceiros molares inclusos mandibulares: Incidência de suas inclinações, segundo classificação de Winter: Levantamento radiográfico de 700 casos. *Rev. gaúcha Odont.*, Porto Alegre, RS, v. 55, n. 2, p. 143-7, abr./jun., 2007.
- SILVA, D. N. Métodos radiográficos no diagnóstico de quartos molares mandibulares. *RFO*, v. 12, n. 2, p. 79-83, mai./ago., 2007.
- SISENANDO, I. S., NELCY, D. S. M.; LUIZ, C. M. *et al.*, Uma alternativa mecânica com emprego de forças magnéticas para a desimpactação dentária: A mechanical alternative with employment of magnetic force for the tooth desimpactation. *Dent. Press J. Orthod.*, v. 11, n. 1, p. 28-36, 2006.
- VALARELLI, T. P. *Interpretação radiográfica do canal mandibular em radiografias panorâmicas*. Monografia (Curso de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial) - Faculdade de Odontologia, USP, Bauru. Disponível em: Acesso em: 17 nov. 2009.
- ZANINI, S. - *Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial*. Ed. Santos: Porto Alegre, RS., 1990.
- ZARDO, M. Estudo radiográfico das inclusões de terceiros molares em acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa - PR, *Rev. Odontólogo moderno*. v. 24, n. 1, p. 6-8, 1997.

o0o