

# Odontossecção Intermediária em Retenção Atípica de Terceiro molar inferior

## *Intermediary tooth section in atypical third molar retention*

### Resumo

As autoras relatam um caso de cirurgia para a remoção de um terceiro molar inferior retido em posição invertida, no ramo mandibular. Foi utilizada a técnica de odontossecção intermediária para remoção dessa peça dentária, com o objetivo de minimizar a ostectomia. A odontossecção intermediária permitiu a remoção das porções centrais, coronárias e apicais do dente através de uma abertura óssea pouco extensa.

**Palavras-chave:** dente retido, técnica cirúrgica, odontossecção.

### Introdução

Dente incluído é, para Graziani (1995), um órgão dentário que, mesmo completamente desenvolvido, não fez a sua erupção na época normal. O autor classifica como inclusão *intra-óssea* quando o dente estiver no interior do osso; inclusão *submucosa*, quando recoberto por fibromucosa, e *semi-incluído*, quando o dente venceu a camada fibromucosa, porém não terminou sua erupção.

A terminologia empregada para as retenções dentárias é variada, provocando controvérsias. Archer (1995) denomina essa anomalia como *dente impactado*, e Centeno (1979), como *dente retido*, o que nos parece mais apropriado.

Na prática odontológica, a retenção dentária é freqüentemente encontrada. Os dentes que mais comumente sofrem retenção nos adultos e adolescentes são os terceiros molares; já, nas crianças, são os caninos superiores.

Para Dachi e Howell (1961), os dentes mais freqüentemente retidos são os terceiros molares superiores, seguidos dos terceiros molares inferiores, caninos superiores e pré-molares inferiores.

Francesca Bercini<sup>1</sup>,  
Taís Weber Furlanetto de Azambuja<sup>2</sup>  
Dalva Maria Pereira Padilha<sup>3</sup>

Num estudo de 1 685 radiografias, os autores constataram que, em 281 (16,7%), havia a presença de, no mínimo, um dente retido. Encontraram retidos 213 terceiros molares superiores, 209 terceiros molares inferiores e 28 caninos superiores. Petersen (1986) encontrou em seus estudos freqüência de retenção semelhante à de Dachi e Howell.

Kramer e Williams (1970) concordam com essa prevalência, porém apontam o segundo molar em quarto lugar de freqüência de retenção, seguido dos pré-molares. Esses autores, analisando a incidência de dentes retidos em 3 745 radiografias, encontraram em 681,59 dessas (18,2%) um ou mais dentes retidos. A retenção dentária foi identificada em 45 caninos superiores (3,69%), três caninos inferiores (0,24%), 717 terceiros molares superiores (58,87%) e 429 terceiros molares inferiores (35,22%), num total de 1 218 retenções.

Grover e Lorton (1985) encontraram a seguinte seqüência de retenção: terceiros molares superiores, terceiros molares inferiores, caninos superiores, pré-molares

<sup>1</sup> Professora Assistente das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs; mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial.

<sup>2</sup> Professora Adjunta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs; especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial e mestre em Educação.

<sup>3</sup> Professora Adjunta da disciplina de Exodontia II da FO/Ufrgs; especialista em Educação, mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial e doutora em Estomatologia.

inferiores e caninos inferiores. No estudo de cinco mil radiografias, observaram 10 979 dentes retidos, sendo 5 770 terceiros molares superiores (52,56%), 4 984 terceiros molares inferiores (45,40%), 142 caninos superiores (1,29%) e 11 caninos inferiores (0,10%).

Rohrer (1929), na análise de três mil radiografias, encontrou retidos 62 caninos superiores (2,06%) e três caninos inferiores (0,1%).

Miranti e Levbarg (1974), num levantamento de duas mil radiografias, encontraram a ocorrência de canino inferior retido em 0,05% dos casos.

As técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento das retenções dentárias são divididas em dois grupos: *conservador*, que visa à manutenção da peça dentária, e *radical*, que consiste na remoção cirúrgica do dente retido.

Segundo a literatura, o tratamento cirúrgico conservador de um dente retido visa à exposição cirúrgica da sua coroa na expectativa de sua erupção. Quando há previsão de que a erupção livre não aconteça, a tração ortodôntica para movimentação do dente será necessária. Laçada de fio metálico na coroa dentária (em desuso), perfuração da coroa com passagem de fio e colagem de *bracket* ou botão ortodôntico na coroa são alternativas para tracionamento do dente, segundo recomendações de Almeida e colaboradores (1995), Archer (1975), Patrikiou e Katsavrias (1995), Puricelli (1987) e Centeno (1979).

Quando existe a impossibilidade de tratamento conservador, a cirurgia radical é necessária na quase-totalidade dos casos. Petersen (1986) estabelece indicações e contra-indicações para a remoção de dentes impactados. As indicações compreendem a prevenção de doença periodontal, cárie dentária, pericoronarite, reabsorção radicular, cistos e tumores, dor de origem desconhecida e fratura de mandíbula, além de dentes impactados sob próteses, facilitação do tratamento ortodôntico e otimização da saúde periodontal. As

contra-indicações dizem respeito aos extremos de idade, à saúde comprometida e à possibilidade de dano excessivo às estruturas subjacentes.

Há concordância entre os autores em que o tratamento cirúrgico para os dentes retidos exige um detalhado exame clínico e radiográfico, além de um plano cirúrgico correto que compreende, basicamente, a incisão, o descolamento do retalho mucoperiosteal, a ostectomia e/ou odontosseção.

Miranti e Levbarg (1974) apresentaram um caso de remoção cirúrgica de canino inferior retido horizontalmente. O dente apresentava-se invertido, ou seja, a coroa apontava para a borda lingual da mandíbula. A incisão intrabucal foi aplicada, e as técnicas de ostectomia e odontosseção foram utilizadas.

Milano et al., (1996) relataram um caso de retenção de canino inferior localizado abaixo dos ápices dos dentes ântero-inferiores, em que foi removida uma porção óssea intermediária na região mentoniana, juntamente com o dente. Foram fixadas duas placas de titânio em forma de X para evitar fraturas ósseas.

Prabhu e Munshi (1996) propuseram hemisseção do primeiro molar inferior permanente, com remoção da raiz mesial, para obter espaço para a erupção do segundo pré-molar inferior retido em posição vertical.

Enquanto a hemisseção é a divisão da peça dentária, com remoção de parte do dente ou de uma ou mais raízes consideradas inaproveitáveis, a odontosseção consiste em seccionar o dente em partes com o objetivo de facilitar a exodontia, removendo as raízes individualmente.

Segundo Graziani (1995), um dos princípios da cirurgia das retenções dentárias é a necessidade de fazer-se uma abertura óssea suficientemente ampla para permitir a passagem do maior diâmetro do dente retido. Portanto, diminuindo o tamanho do dente, reduzimos automaticamente a extensão da ressecção óssea e, por conseguinte,

o trauma operatório.

Archer (1975) recomenda a técnica de odontosseção no tratamento cirúrgico de dentes retidos, associando cortes perpendiculares e paralelos ao longo eixo dos dentes em casos de molares inferiores retidos horizontais.

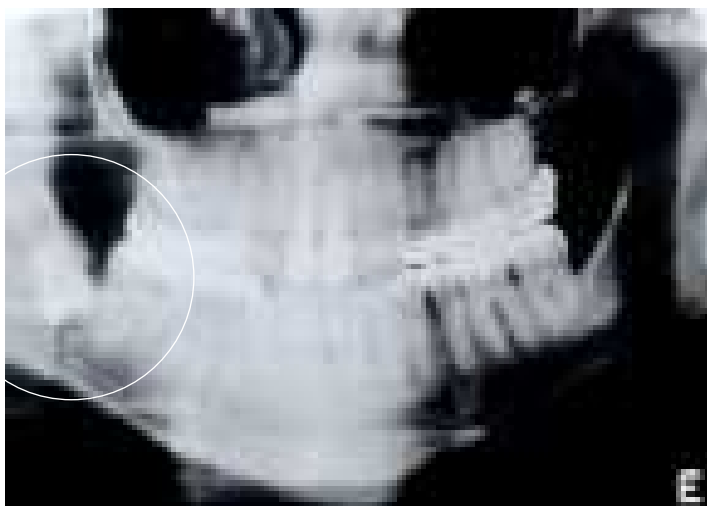
Centeno (1979) indica a técnica de odontosseção para remoção cirúrgica de caninos e pré-molares superiores retidos horizontais, com ostectomia para acessar a coroa e a porção cervical da raiz. O primeiro corte, no colo dentário, tem por objetivo separar a coroa da raiz, que é o primeiro segmento a ser removido. A raiz é trazida para o interior da cavidade vazia deixada pela coroa já removida e faz-se o segundo corte para remover uma porção intermediária do dente, ou seja, o terço médio radicular. Por último, traciona-se e remove-se a porção radicular apical.

O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica cirúrgica de odontosseção intermediária utilizada na remoção de dentes retidos em posição atípica.

## Caso clínico

A paciente N.F.B., 37 anos, gênero feminino, raça branca, apresentava um terceiro molar inferior direito (48) totalmente retido dentro do ramo mandibular e em posição invertida, com a sua face oclusal voltada para a base da mandíbula. Segundo a classificação de Centeno (1979), esse dente encontrava-se em posição paranormal, ou seja, invertida, ectópica ou heterotípica. Pell e Gregory (1942) classificaram-no como Classe 3, Posição A e, de acordo com a classificação de Winter, invertido. Por razões periodontais, foi indicada e realizada a remoção cirúrgica desse dente.

Foram realizados exames clínico e radiográfico (Fig.1). O procedimento cirúrgico constou de anestesia regional dos nervos dentário inferior, lingual e bucinador. A incisão planejada foi em "L" aberto e procedeu-se ao descolamento do retalho mucoperiosteal, podendo, então, ser identificada a porção



**Figura 1.** Radiografia panorâmica pré-operatória: dente 48 em posição invertida.



**Figura 2.** Aspecto transoperatório: odontosseção intermediária.



**Figura 3.** Aspecto do dente seccionado.

apical da raiz em posição extra-óssea. A ostectomia foi realizada sobre o ramo da mandíbula com o objetivo de obtenção do acesso ao dente retido, com motor de velocidade convencional, sob irrigação constante com soro fisiológico. Através desta, puderam ser visualizadas as porções média e cervical radiculares. A porção coronária do dente não foi exposta em sua totalidade uma vez que, para tal, seria necessária ampla abertura

óssea em zona de difícil acesso e de grande importância para a saúde periodontal do segundo molar adjacente.

Primeiramente, foram realizados cortes perpendiculares ao longo eixo do dente, situados na porção mediana da raiz, configurando a odontosseção intermediária (Fig. 2). Ainda nesse segmento intermediário, foram necessários cortes adicionais paralelos ao longo eixo do dente, facilitando a remoção da porção mediana. Seguiu-se com a remoção da porção apical e, por fim, da porção coronária após seccionamento desta no sentido vertical (Fig. 3).

Foram tomados os cuidados com a cavidade operatória no sentido de alisamento das suas bordas, remoção de pequenos fragmentos ósseos e do folículo pericoronário. Reposicionou-se o retalho mucoperiosteal e procedeu-se à sutura por meio de pontos isolados. Recomendações pós-operatórias de rotina foram indicadas incluindo medicação analgésica e antibiótica. No sétimo dia de pós-operatório, as suturas foram removidas. Foi realizado o controle da cicatrização, e o paciente, instruído quanto à importância da higienização da região

## Discussão

A odontosseção visa facilitar a remoção de uma peça dentária pela diminuição de áreas e zonas retentivas do próprio dente pela sua fragmentação, bem como visa preservar tecido ósseo hígido e estruturas anatômicas adjacentes.

Por outro lado, Graziani (1995) aponta a necessidade de abertura ampla do tecido ósseo para permitir a passagem do maior diâmetro dentário. Essa técnica não observa, entretanto, o princípio de fragmentação e remoção do tecido dentário em detrimento de uma abertura mais conservadora da estrutura óssea.

Portanto, no caso ora descrito, ao ser preconizada a odontosseção intermediária, o princípio de preservação do tecido ósseo é alcançado através da manutenção da continuidade óssea, importante para a perfeita recuperação estética e funcional das regiões atingidas.

## Abstract

An enclosed third molar, in an inverted position in the mandibular ramus was removed. In order to minimize the bone loss during the tooth extraction, it was used an intermediary tooth section technique. Sectioning allows central, crown and apical portions of the tooth to be removed through a not too large opening provided by bone removal.

**Key words:** enclosed tooth, surgical technique, tooth section.

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, F. L. D. et al. Caninos inclusos e impactados: abordagem ortocirúrgica. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 50 - 53, set./out. 1995.
- ARCHER, W. H. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 5.ed. Philadelphia: Saunders, 1975.
- CENTENO, G. A. R. *Cirurgia bucal. Con Patologia, Clínica e Terapêutica*. 8. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1979.
- DACHI, S. F. ; HOWELL, F. V. A survey of 3.874 routine full-mouth radiographs. II A study of impacted teeth. *Oral Surg. Oral Pathol. Oral Med.*, St. Louis, v. 14, n. 10, p. 1165-1169, Oct. 1961.

- GRAZIANI, M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 618 p.
- GROVER, P. S. ; LORTON, L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg. Oral Pathol. Oral Med.*, St Louis, v. 59, n. 4, p. 420-425, Apr. 1985.
- KRAMER, R. M. ; WILLIAMS, A. C. The incidence of impacted teeth: A survey at Harlem hospital. *Oral Surg. Oral Pathol. Oral Med.*, St. Louis, v. 29, n. 2, p. 237-241, Jan./June 1970.
- MILANO, M.; BARRETT, L.; MARSHALL, E. Extraction of a horizontally impacted mandibular canine through a genioplasty aproach: Report of a Case. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 54, n. 10, p. 1240-1242, Oct. 1996.
- MIRANTI, R. ; LEVBARG, M. Extraction of a horizontally transmigrated impacted mandibular canine: Report of a case. *JADA*, Chicago, v. 88, n. , p. 607-610, Mar. 1974.
- PATRIKIOU, A. K. ; KATSAVRIAS, E. G. Repositioning ankylosed maxillary canines by segmental osteotomy. *J. Clin. Orthod.*, Boulder v. 29, n. 10, p. 625-628, Oct. 1995.
- PELL, G. J. ; GREGORY, G. T. Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am. J. Orthod. & Oral Surg.*, St. Louis, v. 28, n. 11, p. 660-666, Nov. 1942.
- PETERSON, L. J. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- PRABHU, N. T ; MUNSHI, A. K. Hemisection of a permanent mandibular first molar: a treatment option for a vertically impacted second premolar. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, Birmingham, v. 20, n. 3, p. 233-235, 1996.
- PURICELLI, E. Tratamento de caninos retidos pela apicotomia. *RGO*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 326-330, jul./ago. 1987.
- RÖHRER, A. Displaced and impacted canines. *Int. J. Orthod. Oral .Surg.*, v. 15, p. 1002-1929.

---

**Endereço para correspondência:**

Profª. Francesca Bercini

Av. Taquara, 572/203 - Bairro Petrópolis

CEP 90460-210 - Porto Alegre - RS

Fones 0(\*\*)51 330 3697 - 0(\*\*)51 330 3384