

Anquilose Severa de Molar Decíduo: Relato de Caso Clínico

Deciduous Molar with Severe Ankylosis: Case Report

Andréia Bolzan de Paula^{a*}; Michele Baffi Diniz^b; Suzana Beatriz Portugal de Fucio^c; Cristiane Duque^d; Rafael Leonardo Xediek Consani^e; Elisa Maria Giro^f

Resumo

A anquilose alvéolo-dentária consiste na união anatômica direta entre o cimento radicular e o osso alveolar e é reconhecida como o principal fator etiológico das infra-oclusões. O diagnóstico é realizado através de sinais clínicos auxiliados pelas características radiográficas. Diversas opções de tratamento têm sido sugeridas, desde a exodontia do elemento até a sua preservação clínica/radiográfica. O objetivo deste artigo é descrever um caso clínico de anquilose severa, envolvendo o segundo molar decíduo superior direito, cuja superfície oclusal encontrava-se completamente abaixo da gengiva interproximal, levando à inclinação dos dentes adjacentes e à conseqüente perda de espaço no arco para o sucessor permanente. A conduta terapêutica baseou-se na realização da exodontia do elemento retido, seguida do encaminhamento à disciplina de Ortodontia para a recuperação de espaço e controle clínico e radiográfico até a erupção dos sucessores.

Palavras-chave: Anquilose alvéolo-dentária. Dentição decidua. Tratamento.

Abstract

Dental ankylosis is defined as the fusion of dental cementum with surrounding alveolar bone and it is considered to be the principal etiological factor of infraoccluded teeth. The eventual diagnosis is based on clinical findings aided by radiographic characteristics. Several options for treatment have been suggested, since extraction of the retained elements until the recommend monitoring of the situation for a period of time, to watch how the primary and permanent teeth develop. The purpose of this report is to present a clinical case of totally impacted deciduous maxillary second molar, being completely covered by the interproximal gingiva. The inclination of the adjacent teeth and the loss of space in the dental arch were also observed. The recommended treatment was based on the extraction of the impacted tooth followed by patient referral to the Orthodontic Discipline in order to recover the space of the missing tooth and clinical and radiographic control until the eruption of the succedaneous teeth.

Key-words: Dental ankylosis. Primary dentition. Treatment

^a Doutoranda em Materiais Dentários, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: andbol@fop.unicamp.br

^b Doutoranda em Odontopediatria, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

^c Doutoranda em Materiais Dentários, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

^d Pós-Doutoranda em Microbiologia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

^e Doutor em Clínica Odontológica e Docente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

^f Doutora em Ciências Odontológicas e docente da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - (UNESP).

* Endereço para correspondência: Rua Henrique Lupo, 841. Bairro: Vila Harmonia. CEP: 14.802-440. Araraquara - SP.

1 Introdução

A anquilose alvéolo-dentária pode ser definida como a fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar, ocorrendo em qualquer época durante o processo eruptivo¹. Segundo Kurol (1981), geralmente a anquilose está presente nos dentes em infra-oclusão². Neste caso, o osso alveolar apresenta seu desenvolvimento e crescimento comprometido, diminuindo a sua altura e impossibilitando o movimento do dente afetado³. Durante o desenvolvimento da dentição mista, o dente envolvido mantém-se fixo numa posição e impedido de continuar a erupção.

Clinicamente, pode-se observar que o dente encontra-se com sua superfície oclusal localizada no mínimo 1mm abaixo do plano oclusal dos dentes adjacentes não anquilosados (aferindo-se com auxílio de sonda periodontal milimetrada), podendo haver extrusão do antagonista. Portanto, a anquilose alvéolo-dentária pode ser considerada um dos fatores predisponentes à má-oclusão.

Dentes em infra-oclusão podem acarretar na inclinação dos dentes adjacentes^{4,5} com conseqüente perda de espaço no arco para o sucessor permanente^{6,7}, mordida aberta posterior com interposição lingual⁸, deficiência na mastigação¹ e/ou aprofundamento da curva de Spee⁹. Sendo assim, tais dentes favorecem a retenção de alimentos e aumentam o risco de cárie e doença periodontal dos elementos dentários adjacentes^{9,10}.

O diagnóstico da anquilose alvéolo-dentária é realizado através de sinais clínicos auxiliados pelas características radiográficas¹¹. Além disso, apresenta um som característico à percussão e perda de mobilidade, quando comparada aos elementos normais adjacentes¹. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para estabelecimento de medidas preventivas e/ou invasivas, pois o tratamento do dente anquilosado pode ser desde o acompanhamento clínico/radiográfico até sua exodontia. A conduta terapêutica dependerá do grau de severidade da infra-oclusão^{9,12}, da

idade do paciente^{12,13}, do comprometimento da oclusão¹², da presença, localização e estágio de desenvolvimento do sucessor permanente^{4,13}, da severidade dos danos causados pela anomalia⁹ e da condição sistêmica do paciente^{3,5}.

O objetivo deste artigo é descrever um caso clínico de anquilose severa e seu tratamento, envolvendo a exodontia do segundo molar decíduo superior direito, cuja superfície oclusal encontrava-se completamente abaixo da gengiva interproximal, levando à inclinação dos dentes adjacentes e à conseqüente perda de espaço no arco para o sucessor permanente.

2 Relato de Caso

Paciente A.C.M., 7 anos de idade, gênero feminino, procurou atendimento de emergência na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, queixando-se de dor durante a mastigação na região do dente 55.

Durante a anamnese, foi verificado que a paciente apresentava-se sistematicamente saudável e com ausência de hábitos bucais deletérios. A mãe relatou não haver qualquer alteração sistêmica de relevância, deficiências nutricionais ou anomalias congênitas. No exame clínico, constatou-se um quadro de erupção dentária compatível com a idade cronológica, entretanto o segundo molar decíduo superior direito (dente 55) estava ausente (figura 1). Também se pôde notar a perda de espaço na região posterior, com a mesialização do primeiro molar superior direito permanente e distalização do primeiro molar superior direito decíduo, e a presença de uma área abaulada e avermelhada na região vestibular.



Figura 1

Após solicitação e análise da radiografia periapical (figura 2), foi verificada a retenção prolongada do elemento 55, não havendo nenhuma evidência de reabsorção radicular do mesmo, estando o sucessor presente e no estágio 5 de Nolla. A anquilose em estado severo do dente 55 impossibilitou um tratamento com medidas proservativas apenas e o tratamento de escolha foi a exodontia do elemento anquilosado, seguindo os princípios da técnica cirúrgica para dentes inclusos. Pela técnica de Clark, confirmou-se radiograficamente a localização vestibular desse dente.



Figura 2

A exodontia foi iniciada com a anti-sepsia de pele e mucosa bucal com solução de PVP-I (Dermodiodine Tópico® - Lever Industrial) a 10%, com 1% de iodo ativo. A anestesia tópica realizada com Emla (Astra Química e Farmacêutica Ltda, SP, SP, Brasil) e a anestesia infiltrativa com Mepivacaína a 2% (DFL Ltda, RJ, RJ, Brasil). Em seguida, a incisão foi realizada com lâmina de bisturi nº 15 (Solidor, Barueri, SP, Brasil) (figura 3) e o descolamento do retalho com sindesmótomo.



Figura 3

Após a exposição do elemento incluído (figura 4 - seta), sua odontossecação foi realizada com broca carbide cirúrgica FG 702 (Jet Burs, Sybron Beavers Dental, Morrisburg, Ontario, Canadá) (figura 5) e a remoção dos fragmentos com pinça hemostática (figura 6).



Figura 4

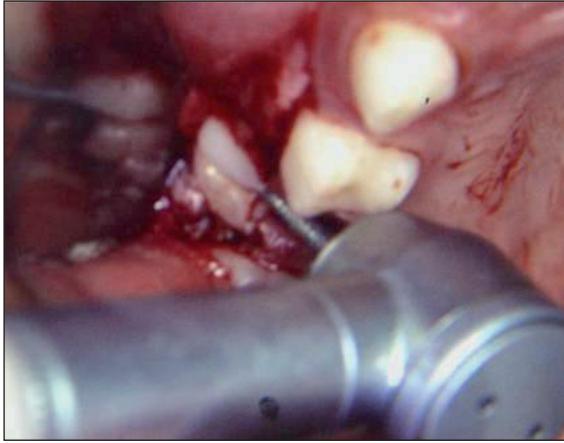


Figura 5



Figura 8

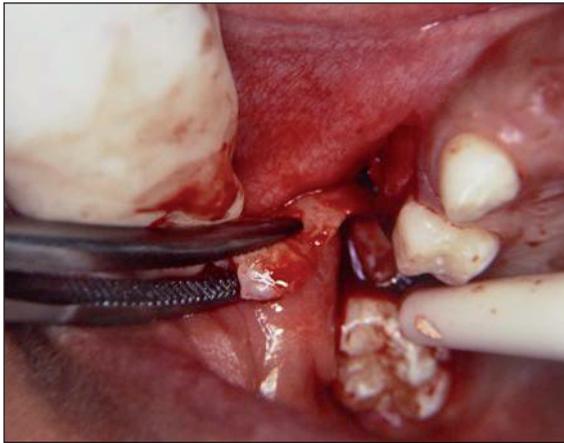


Figura 6



Figura 9



Figura 7

Os três fragmentos extraídos do elemento 55 apresentavam ausência total de reabsorção radicular (figura 7). Irrigou-se a loja cirúrgica com soro fisiológico 0,9% (Darrow Laboratórios S.A., RJ, RJ, Brasil) (figura 8) e o retalho foi suturado com fio de seda 3.0 (Ethicon Indústria e Comércio Ltda, SP, SP, Brasil) (figura 9).

Os cuidados pós-operatórios e a prescrição do antiinflamatório Nimesulida (2,5mg/gota) na dosagem de 1gota/kg a cada 12 horas, durante 3 dias, foram transmitidos ao responsável pela paciente¹⁴.

Não houve nenhuma complicação clínica no pós-operatório, incluindo ausência de sintomatologia ou sinais infecção local, garantidos pela assepsia realizada e medicação prescrita. Após uma semana da cirurgia, foi realizada a remoção da sutura, uma radiografia periapical (figura 10) e a paciente foi encaminhada à Disciplina de Ortodontia da mesma Faculdade para recuperação do espaço perdido entre os dentes e monitoramento clínico e radiográfico até a erupção dos dentes sucessores. O acompanhamento da cirurgia foi realizado por 4 meses.



Figura 10

3 Discussão

A fase da dentição mista é considerada período dinâmico. A esfoliação de um dente decíduo, a erupção do permanente e o estabelecimento da oclusão ocorrem de forma seqüenciada, sendo acompanhados pelo crescimento e maturação das estruturas craniofaciais adjacentes e do sistema neuromuscular. Portanto, é necessária grande atenção por parte dos clínicos geral e odontopediatras às condições predisponentes à má oclusão em crianças nesta época de troca dos caninos e molares decíduos por caninos permanentes e pré-molares¹⁸.

A infra-oclusão de molares decíduos pode ser definida, literalmente, como uma anomalia eruptiva na qual há a perda da posição vertical do elemento dental envolvido, em relação aos seus adjacentes, permanecendo aquém do plano oclusal. Sua principal característica é o caráter eminentemente progressivo, pois o molar decíduo infra-ocluído pode, com o tempo, atingir níveis submucosos e intra-ósseos¹⁹. Este fenômeno pode estar associado à anquilose alvéolo-dentária, isto é, a fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar, com obliteração do ligamento periodontal em uma ou mais áreas ao redor da raiz, levando o dente acometido a localizar-se abaixo do plano oclusal.

Durante o desenvolvimento da dentição mista, o dente envolvido mantém-se fixo numa posição, e impedido de continuar a irromper. Portanto, a anquilose torna-se um fator importante de predisposição à má oclusão.

A etiologia da anquilose permanece desconhecida, porém alguns fatores causais extrínsecos foram previamente indicados, como trauma mecânico local, distúrbio no metabolismo local, infecção localizada, irritação química e térmica, força eruptiva deficiente, morfologia facial, pressão anormal da língua e forças exercendo pressão no arco dental, comprimindo o dente para infra-oclusão. Fatores intrínsecos aparentemente têm um grande impacto e é bem reconhecido que há um forte componente genético envolvido. Muitas crianças com anquilose na dentição decídua têm irmãos com a mesma condição²⁰.

A anquilose é 10 vezes mais comum nos dentes decíduos do que na dentição permanente. Os molares decíduos inferiores apresentam-se mais freqüentemente anquilosados (25 vezes mais chances) e o dente mais afetado é o primeiro molar decíduo inferior. A anquilose pode ocorrer já aos 3 anos de idade, mas na maioria das crianças geralmente desenvolve-se durante o início da dentição mista, no momento de máximo crescimento, entre 8-9 anos de idade. Há uma maior incidência entre Caucásianos e Hispânicos do que em Negros e Orientais^{1,6,19,20}.

Dentre as possíveis conseqüências da anquilose alvéolo-dentária, pode-se citar primeiramente os danos à oclusão. Dentre eles, observa-se a inclinação dos dentes adjacentes, que ocorre devido às fibras transeptais que ligam as superfícies proximais radiculares e coronais ao septo alveolar, puxando-os ligeiramente abaixo do nível oclusal e levando ao aprofundamento da curva de Spee. Além disso, em casos de

anquilose unilateral, a linha mediana é comumente desviada para o lado afetado já que o comprimento do arco de tal lado pode ser diminuído pela perda de espaço ou aumentado pelas maiores dimensões do dente decíduo comparadas ao pré-molar sucessor, mantendo uma posição mais distal do primeiro molar permanente que o equivalente contra lateral. A extrusão do elemento dentário antagonista e o desenvolvimento de mordida aberta posterior com interposição de língua também podem ser observadas^{1,20}.

Ao elemento sucessor, a anquilose pode acarretar em atraso da erupção e/ou erupção ectópica, devido ao atraso ou ausência da esfoliação do elemento retido, rotação do pré-molar decorrente da perda de espaço, alterações no desenvolvimento da raiz do pré-molar e hipoplasia ou hipocalcificação coronária¹. Ao paciente, a anquilose pode prejudicar sua eficiência mastigatória e dificultar a higienização, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de cárie dentária e doença periodontal, sendo esta intensificada ainda pela possível exposição de cimento do elemento adjacente e perda do ligamento periodontal a longo prazo²⁰.

Além disso, quando o tratamento inclui a remoção cirúrgica do elemento anquilosado, a exodontia torna-se dificultada, pela necessidade do levantamento da membrana mucoperiosteal e seccionamento do dente. Ainda se o dente estiver fortemente retido, os dentes adjacentes podem ser danificados ou mesmo o nervo mentoniano, quando da remoção de segundos molares decíduos inferiores. Fragmentos radiculares ficam freqüentemente retidos quando um dente frágil, anquilosado é extraído, os quais podem complicar qualquer movimento dentário ortodôntico futuro, a menos que eles sejam removidos.²⁰ Vale ainda lembrar que estes procedimentos são traumáticos para uma criança e geralmente necessita de anestesia geral¹⁴.

Quanto aos possíveis tratamentos da anquilose alvéolo-dentária, Machado et al. (2001)⁴ relataram que, quando se observa no exame radiográfico que o germe do dente sucessor está com dois terços da raiz formada (estágio 8 de Nolla), o dente anquilosado deve ser removido para que se aguarde a erupção do permanente.

No caso clínico relatado, observou-se que o dente sucessor encontrava-se num estágio de desenvolvimento em que a coroa ainda não estava completamente formada, isto é, incapaz de apresentar movimentos eruptivos. Portanto, considerando tal característica radiográfica, seria ideal o acompanhamento clínico e radiográfico do dente decíduo anquilosado, a fim de se observar sua reabsorção radicular, assim que restabelecida a altura cérvico-oclusal, os contatos proximais, a estética e a função deste elemento²¹.

Entretanto, a paciente chegou à clínica apresentando quadro de ausência do elemento segundo molar superior direito (dente 55). Radiograficamente constatou-se a presença do elemento anquilosado em estágio severo, isto é, a superfície oclusal encontrava-se abaixo da gengiva interproximal de um

ou ambos dentes adjacentes²¹.

Neste caso, o tratamento de escolha obrigatoriamente foi a exodontia com posterior encaminhamento à Ortodontia, para a recuperação do espaço. Para a remoção do elemento 55, verificado que este se encontrava incluso e com raízes muito pouco reabsorvidas, foi realizado o seccionamento vertical da coroa, permitindo a extração de cada uma das partes, individualmente.

Este caso clínico ilustrou a importância do diagnóstico precoce da anquilose alvéolo-dentária pelo clínico geral e/ou odontopediatra, a fim de que se possa evitar a necessidade de tratamento composto de medidas mais invasivas, principalmente em pacientes infantis, como cirurgias mais extensas envolvendo a confecção de retalhos e odontosecção. Além disso, demonstrou que a anquilose alvéolo-dentária diagnosticada tardiamente pode acarretar em problemas secundários, como a inclinação dos dentes adjacentes com conseqüente perda de espaço para o sucessor, e, possivelmente, impactação ou erupção ectópica dos pré-molares.

4 Conclusão

Pacientes com infra-oclusão deveriam receber acompanhamento a longo prazo a fim de que se defina um diagnóstico, o mais precoce possível, de anquilose alvéolo-dentária, a qual pode estar em fase de progressão. Uma abordagem adequada poderia reduzir as complicações relacionadas ao tratamento do dente anquilosado.

Referências

- Chinchila RA, Fregoneze AP, Ferreira SLM, Imperato JCP. Técnicas alternativas para o tratamento da anquilose dental. Disponível em: <www.dentistavirtual.com.br/espec_ver.asp?Codigo=23> Acesso em: 16 out 2004.
- Kuroi J. Infraocclusion of primary molars: an epidemiologic and familial study. Community of primary molars: an epidemiologic and familial study. 1981;9(2):94-102.
- Delgado Rodrigues CRM, Moraes RP. Anquilose dento-alveolar: considerações sobre etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê. 1999;2(7):167-74.
- Machado AL, Habib FAL, Sobral MC, Alves RFF. Anquilose dento-alveolar: um fator etiológico de maloclusão. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. 2001;22(1):70-4.
- Manso MC, Noronha MP. Tratamento orto-cirúrgico da mordida aberta com anquilose: relato de um caso. Revista Brasileira de Implantologia. 2001;7(3):7-12.
- Coutinho TC, Santos MEO. Anquilose e reabsorção radicular. Revista Gaúcha de Odontologia. 1999;47(4):187-90.
- Campos V, Bomfim AR, Mello HSA. Infra-oclusão de segundos molares decíduos anquilosados: solução clínica. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 2002;7(1):65-71.
- Piva GA, Guirado CG. Anquilose em molares decíduos: revisão de literatura. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. 1999;4(2):27-32.
- Pereira LL, Carvalho LFP, Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. Anquilose dental: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. 2000;21:46-9.
- Nóbrega CBC, Cavalcanti AL. Retenção secundária de molares decíduos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2002;6(3):305-8.
- Pavoni Junior PCS, Silva RB, Tanaka O, Guariza Filho O. Anquilose dento-alveolar em molares decíduos: revisão de literatura. Revista ABO Nacional. 2003;10(6):365-8.
- Ruschel HC, König J, Kramer PF. Aspectos clínicos e histológicos da anquilose múltipla de molares decíduos: Relato de caso. JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê. 2003; 6(33): 383-8.
- Teixeira DLS, Soviero VM. Anquilose dentoalveolar: uma anomalia muitas vezes não diagnosticada. JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê. 2001;4(18):161-5.
- Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. São Paulo: Santos; 1998.
- Freitas M. Etiologia das maloclusões: fatores intrínsecos. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
- Bengtson AL, Bengtson NG. Os dentes decíduos e o desvio na erupção. A influência de abscessos associados a molares decíduos e o desvio na erupção dos seus sucessores. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas. 1990;44(5):287-290.
- Crusoé-Rebello IMR, Araújo TM, Lisboa JAA. Anquilose em dentes decíduos. JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê. 2001;4(22):501-5.
- Teixeira FS, Campos V, Mitchell C, Carvalho LMB. Retenção prolongada de molares decíduos: Diagnóstico, etiologia e tratamento. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 2005;10(3):125-137.
- Nascimento ZC, Valladares Neto J. Infra-oclusão de molares decíduos: preceitos literários. Revista de Odontopediatria. 1993;2(4):183-93.
- Teaque AM, Barton P, Parry WJ. Management of the submerged deciduous tooth: I. Aetiology, diagnosis and potential consequences. Dental update. 1999;26(7):292-6.21.
- Madeiro AT, Passos IA, Paiva FPF, Oliveira AFB. Anquilose dento-alveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. Revista Odontológica de Araçatuba. 2005;26(1):20-24.