

DENTES INCLUSOS***

*Marília Gerhardt de Oliveira**
*Carla Sovieiro***
*Carlos A. F. N. Costa***
*Eduardo Marini***
*Fernando O. Murad***
*Fernando X. Ponce Arteta***
*Gilberto A. Lizott***
*João N. Fauth***
*José A. Magatti***
*Luis B. Domit***
*Orlando V. Trage***
*Rosa I. L. Trindade***
*Sales Xavier***
*Vânia R. C. Fontanella***
*Wanderley G. de Souza***

* Prof.^a . de Pós-Graduação da PUCRS e Prof.^a . de Anatomia do Instituto de Biociências da PUCRS

**Cirurgiões - Dentistas

*** Resumo da pesquisa que precedeu o Seminário sobre o tema, nas disciplinas de PROPE-
DÊUTICA CIRÚRGICA e de TÉCNICA e TERAPÊUTICA CIRÚRGICA dos cursos de Espe-
cialização e Mestrados em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilofacial na Faculdade de Odon-
tologia da PUCRS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

OLIVEIRA, Marília Gerhardt de et alii.
Dentes inclusos, REvista da Faculdade de porto Alegre, 27: 37-48, 1985.

DESCRITORES

- Dentes não Erupcionados - Diagnóstico
- Cirurgia Bucal

RESUMO

·O objetivo deste trabalho é estabelecer uma rotina para exame clínico e radiográfico de dentes inclusos a fim de facilitar o diagnóstico e a escolha da técnica cirúrgica indicada.

DENTES INCLUSOS

1. DEFINIÇÃO:

Entende-se por dente incluso todo aquele que, chegada a época normal de sua erupção, fica encerrado, total ou parcialmente, no tecido ósseo, mantendo ou não a integridade do saco pericoronário. Não se encontra, no tempo previsto, em sua posição normal — a funcional.

O termo INCLUSÃO é mais utilizado pelos franceses; IMPACÇÃO, pelos americanos; RETENÇÃO (como suspensão de algo dinâmico, como a erupção dentária), pelos hispânicos e alemães.

2. ETIOLOGIA:

Em geral, atua mais de uma causa que pode ser de ordem local ou geral.

2.1— Local:

2.1.1. Mecânica: (é a mais freqüente):

— Falta material de espaço nas arcadas dentárias por hiper ou hipodesenvolvimento maxilar e/ ou mandibular;

— Perda precoce de dentes, sem uso de mantenedor de espaço;

— Obstáculo oferecido pela posição de dentes vizinho;

— Permanência exagerada de dente temporário na arcada;

— Condensação óssea na área da inclusão;

— Obstáculo oferecido pela densidade ou inflamação da fibromucosa;

— Obstáculo representado por alterações patológicas (extra numerários, cistos ou neoplasias) localizadas no trajeto eruptivo;

— Desequilíbrio das tensões musculares (Língua e lábios).

2.1.2. Embriológica:

— Germe dentário localizado distante da posição normal de erupção;

— Germe dentário mal angulado em consequência de traumatismo sobre a região.

2.2. Geral:

— Hereditariedade;

— Mescla de raças;

— Evolução da espécie e involução dentária;

— Raquitismo e outras alterações sistêmicas que envolvam a calcificação e o metabolismo do cálcio;

— Sífilis;

— Tuberculose;

— Enfermidades relacionadas com glândulas endócrinas;

— Síndromes como a *disostose cleido-craniana*.

3. CLASSIFICAÇÃO:

3.1. Quanto a freqüência das inclusões dentárias:

Os estudos de diversos autores indicam resultados muito variados:

— AITASALO, SEHTINEM e

OKSALA:

3º molar inferior — (39,2%)

3º molar superior — (36,9%)

Caninos — (20,3%)

- ARCHER:
 - 3º molar inferior - (1º lugar)
 - 3º molar superior - (2º lugar)
 - Caninos - (3º lugar)
- BERTEN-CIESZYNSKI:
 - 3º molar inferior - (35%)
 - Canino superior - (34%)
 - 3º molar superior - (9%)
- BLUM:
 - 3º molar inferior - (1º lugar)
 - Canino superior - (2º lugar)
 - 3º molar superior - (3º lugar)
- DACHI e HOWELL:
 - 3º molar superior - (21,9%)^u
 - 3º molar inferior - (17,5%)
 - Canino superior - (0,9%)
- MEAD:;
 - 3º molar inferior - (1º lugar)
 - 3º molar superior - (2º lugar)
 - Canino superior - (3º lugar)
- MOYERS:;
 - 3º molar inferior - (1º lugar)
 - Canino superior - (2º lugar)
 - 3º molar superior - (3º lugar)
- VERRY e COLABORADORES:
 - 3º molar inferior - (37,78%)
 - 3º molar superior - (20,28%)
 - Canino superior - (16,94%)

Indiscutivelmente, os terceiros molares inferiores representam o maior percentual de inclusões dentárias. Menos freqüentemente, são encontrados caninos inferiores, pré-molares superiores e inferiores, incisivos, extra-numerários e outros molares inclusos.

3.2. Quanto a orientação de longo-eixo do incluso em relação ao do dente vizinho:

Em relação aos terceiros molares inferiores, existe a classificação de WINTER (com algumas modificações introduzidas por Marzola, Castro e Madeira em 1968):

- Posição VERTICAL: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver *paralelo* do longo-eixo do 2º molar vizinho;

- Posição (vertical) INVERTIDA: Quando a coroa do 3º molar inferior incluso estiver em posição contrária à do 2º molar vizinho;

- Posição HORIZONTAL: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver *Perpendicular* ao longo-eixo do 2º molar vizinho;

- Posição MÉLIO-ANGULAR: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver oblíquo, com a face oclusal de sua coroa dirigida para mesial;

- Posição DISTO-ANGULAR: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver oblíqua, com a face oclusal de sua coroa dirigida para a distal;

- Posição VESTÍBULO-ANGULAR: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver oblíqua, com a face oclusal de sua coroa dirigida para o vestíbulo bucal;

- Posição LÍNGUO-ANGULAR: Quando o longo-eixo do 3º molar inferior incluso estiver oblíqua, com a face oclusal de sua coroa dirigida para lingual.

Existem, também, posições combinadas.

Para os terceiros molares superiores inclusos, temos a mesma classificação de WINTER, com pequenas alterações: posições vertical; invertida; horizontal; mélio e disto-angular; vestibulo e PALATO-ANGULAR; e PARANORMAL (quando o terceiro molar superior incluso ocupar posições distantes de sua zona normal de erupção).

3.3. Das inclusões dos dentes anteriores, em especial os caninos:

- Intra-óssea ou sub-gengival;
- Unilateral ou bilateral;
- Pré - alveolar (vestibular);
- Retro - alveolar (palatino ou lingual);
- Alveolar (vertical);
- Transalveolar: Quando o dente cruza o arco dentário de vestibular para palatino (lingual) ou vice-versa; a técnica cirúrgica indicada é a radical.

3.4. De Pell – Gregory: (terceiros molares inferiores inclusos):

3.4.1. Em relação ao espaço entre o ramos da mandíbula e a face distal do 2º molar vizinho:

– Classe I: Quando houver espaço para o 3º molar inferior incluso entre o ramo da mandíbula e a face distal do 2º molar vizinho;

– Classe II: Quando o espaço entre o ramo da mandíbula e a face distal do 2º molar vizinho for menor do que o diâmetro do 3º molar inferior incluso;

– Classe III: Quando todo o 3º molar inferior incluso estiver no ramo da mandíbula.

3.4.2. Profundidade relativa do 3º molar inferior incluso em relação ao 2º molar vizinho:

– Classe A: Quando o plano oclusal do 3º molar inferior incluso estiver acima do plano cervical do 2º molar vizinho;

– Classe B: Quando o plano oclusal do 3º molar inferior incluso estiver nivelado com o plano cervical do 2º molar vizinho;

– Classe C: Quando o plano oclusal do 3º molar inferior incluso estiver a baixo do plano cervical do 2º molar vizinho.

4. SINAIS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Em consequência de inclusões pode haver:

- Ausência na série dentária;
- Permanência de decíduos;
- Dentes vizinhos com ectopias e luxações;
- Abaulamento na mucosa e paredes ósseas;
- Processos inflamatórios em regiões compatíveis com inclusões dentárias (pericoronarites);
- Presença de fístulas crônicas;
- Exposição parcial de face oclusal ou incisal.
- Perda de estabilidade de prótese;
- Sensação de pressão na área;
- Queixas subjetivas de dor e até mesmo forte nevralgias com sintomatologia reflexa.

Dores na ATM tornam necessário o diagnóstico diferencial com inclusão de 3º molar superior.

É relativamente comum um incluso permanecer assintomático por longo tempo, vindo a ser diagnosticado como um achado acidental em exames radiográficos de rotina ou solicitado por outras razões.

5. EXAME RADIOGRÁFICO COMPLEMENTAR:

5.1. Panorâmica:

5.2. Radigrafias intrabucais:

(periapicais, oclusais e técnicas de dissociação de imagens)

5.3. Radigrafias extrabucais convencionais:

— Laterais oblíquas mandibulares (para corpo e para ramo da mandíbula)

— PA ortogonal da face (pode substituir radigrafias oclusais mandibulares em ambiente hospitalar e define a localização intrassinusal de dentes maxilares);

— Perfil da face (para dentes maxilares intrassinuais e para definir a posição de caninos superiores inclusos em relação ao processo alveolar).

6. CONSEQUÊNCIAS DAS INCLUSÕES DENTÁRIAS:

Estão relacionadas a alterações:

— No alinhamento das arcadas dentárias (considerado discutível pelos ortodontistas);

— Na integridade de estruturas dentárias vizinhas (deslocamentos, luxações, rizólises, com ou sem comprometimento da vitalidade pulpar);

— Na estabilidade de prótese.

6.2. Nervosas:

Compressão de terminações nervosas, em especial pelo 3º molar superior incluso, determinando queixas subjetivas de dor ou até mesmo fortes nevralgias com sintomatologia reflexa que, em geral, cessa com a remoção cirúrgica da causa.

6.3. Infecciosas:

Pericoronarites.

6.4. Odontogênicas:

Abrangem alterações císticas e neoplásicas relacionadas à inclusão dentária.

7. TÉCNICAS CIRÚRGICAS:

(Conservadora e radical).

7.1. Conservadora:

Associa procedimentos clínicos, ortodônticos e cirúrgicos.

Para optar pelo tratamento conservador devemos, inicialmente, observar:

— Atrasos na erupção de dentes;

— Ectopias, de dentes vizinhos ou do próprio incluso;

— Estágio de formação da raiz; se já estiver completamente formada, o dente dificilmente erupcionará espontaneamente, mesmo havendo espaço;

— O espaço existente para a erupção de dentes inclusos (suas dimensões podem ser avaliadas a partir dos homólogos ou utilizando tabelas); se não existir espaço suficiente, devemos recuperá-lo ortodonticamente;

— Quanto mais verticalizado o dente incluso, mais fácil é o seu reposicionamento.

7.1.1. Técnicas associadas ao tratamento conservador de dentes inclusos:

7.1.1.1. Eliminação de obstáculos ao movimento eruptivo:

— Tecido gengival (ulotomias);

— Dentes: decíduos (exodontias); permanentes (ortodontia para recuperar espaço ou técnicas de exodontias seriadas); extra-numerários (exodontias);

— Cistos (curetagem) e neoplasias odontogênicas (excisão cirúrgica)

— Tecido ósseo (*tunelização*, por osteotomia, criando um trajeto eruptivo e liberando a coroa do dente incluso).

7.1.1.2. Preservação de Recidivas dos Obstáculos:

- Através de colocação de cimento cirúrgico;
- Através de colocação de gaze furacinada;
- Através da instalação de coroas pré-fabricadas acrílicas ou matálicas.

7.1.1.3. Eliminação de anquiloses:

- Separar as raízes do tecido ósseo;
- Mobilizar o dente incluído.

7.1.1.4. Combinação destes procedimentos ou técnicas:

7.1.2. Roteiro Cirúrgico:

- Incisão (escolhida de acordo com a região da intervenção);
- Deslocamento mucoperiosteal;
- Remoção de obstáculos ao movimento eruptivo (7.1.1.1.);
- Expor a coroa do dente incluído utilizando brocas, fresas cirúrgicas, cinzéis, formões e martelos (orientado pelas técnicas radiográficas de localização de dentes);
- Manter o trajeto eruptivo (prevenindo recidivas);
- Após a cicatrização, fazer a tração ortodôntica do dente, posicionando-o corretamente na arcada dentária.

7.1.3. Discussão sobre variantes da técnica básica:

- As amarras podem produzir reabsorções radiculares (laçadas na porção cervical) ou necrose pulpar (perfuração no ângulo distal da coroa dentária para a passagem do fio de aço) e não permitem, por tração ortodôntica, em adequado posicionamento na arcada dentária;
- O método de escolha deve ser a colagem de "Brackets" com ataque

ácido na coroa dos dentes tunelizados;

- Pode-se mover o dente incluído para uma posição mais favorável durante o ato operatório e contê-lo com cimento cirúrgico;

- Pode-se também transplantar germes de dentes incluídos para outras zonas (de perdas dentárias concomitantes ou de ausências na arcada);

- Para os caninos superiores incluídos, em pacientes jovens, pode-se fazer o tratamento conservador associado, à tunelização do trajeto eruptivo, uma simples massagem digital, feita pelo paciente, sob orientação do profissional;

- Eventualmente, na impossibilidade do paciente custear um tratamento ortodôntico, indica-se a exodontia do 1º pré-molar superior e complementar a tunelização por osteotomia, a partir do alvéolo, até a liberação da coroa dentária.

7.2. Radical:

Representado pela *exodontia* que varia de acordo com as particularidades de cada inclusão.

Como manobras em comum temos as seguintes:

- Preparo pré-operatório do paciente;
- Assepsia;
- Anestesia (local ou geral);
- Incisão;
- Deslocamento mucoperiosteal;
- osteotomia: se o dente incluído for extraído em bloco, a osteotomia será mais ampla do que se houver seccionamentos dentários (ODONTOSSECÇÕES);
- Extração propriamente dita do dente incluído;
- Tratamento da cavidade óssea;
- Sutura a pontos isolados;
- Cuidados pós-operatórios ao paciente.

8. MATERIAL, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTO:

8.1. Material:

Anestésicos; escovas para as mãos; sabões antissépticos; compressas; talco; gaze; algodão; campos esterelizados; luvas; aventais; soluções fisiológicas; drenos; cimento cirúrgico; fios de sutura; películas radiográficas.

8.2. Instrumental:

8.2.1. De Diérese:

— Incisão (cabo de bisturi Bard-Parker; lâminas intercambiáveis: 15, 12 e 11);

— Divulsão (tezouras Matzenbaum; sindesmótomos; periostótomos; ruginas; brocas; fresas cirúrgicas; formões; cinzéis e martelos; alveolótomo);

— Punção (seringas Luer; agulhas);

8.2.2. De Hemostasia:

(pinças de Halstead retas e curvas);

8.2.3. De Síntese:

(porta-agulhas de Mathieu ou Mayo-Egar; agulhas);

8.2.4. Auxiliar:

(pinças de Adson com ou sem dentes; odontoscópio; sondas);

8.2.5. Especial (próprio da especialidade):

— Exodontia (fórceps; alvacas).

— Osteotomia (osteótomos; limas e curetas para ossos; brocas; fresas cirúrgicas; formões; cinzéis; martelo);

— Ortopedia e traumatologia (em casos de acidentes trans-operatórios)

— Irrigação e drenagem (seringas e drenos);

8.2.6. De assepsia:

(pinças de campo Backhaus; cubas; pinças de higiene);

8.2.7. Afastadores:

(Farabeuf; Mead; Sternberg; abaixador de língua);

8.3. Equipamento:

Refletor; (aspirador); (oxigênio); negatoscópio; motores; cadeira ou mesa auxiliar para instrumental; caixa para instrumental e material; porta-resíduos; aparelhos radiográficos; forno ou autoclave.

9. ACIDENTES TRANSOPERATÓRIOS:

— Lesões em dentes vizinhos (desgaste com brocas; luxações; fratura de restaurações; fraturas dentárias);

— Lesões em estruturas anexas (mucosa; língua; assoalho de boca; bochechas; lábios; Palato);

— Fratura de instrumento;

— Fratura de dente incluso;

— Deslocamento do dente incluso para cavidades anatômicas (seio maxilar, fossas nasais; fenda ptérigomaxilar);

— Estabelecimento de soluções de continuidade (fístulas);

— Deglutição ou aspiração de dente incluso ou fragmento de instrumental;

— Fraturas ósseas (processo alveolar; tuberosidade; mandíbula; parede lingual do corpo mandibular, com ou sem lesão do nervo lingual);

— Secção de nervos ou vasos (hemorragia primária);

— Luxação de ATM;

— Enfisema pelo uso de motores de alta rotação (com risco de necrose subsequente).

10. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:

- Dor;
- Edema decorrente do processo inflamatório;
- Hemorragia secundária;
- Hematoma;
- Parestesia;
- Fístulas (crônicas);
- Infecção (alveolite; osteomielite; ou conseqüente à fístula);
- Hipertermia (por aumento de metabolismo; ou decorrente da infecção);
- Necrose (pelo enfisema).

SUMMARY:

The aim of this work is to establish a routine for clinical and radiographical examination of unerupted teeth in order to facilitate the diagnosis and the choice of a suitable surgical technice.

11. BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER, W.H. *Cirurgia bucal*. 2.ed. Buenos Aires, Mundi, 1979. 2v.
2. BIRN, H. & WINTER, J.E. *Manual de pequena cirurgia Oral*. São Paulo, Ed. Manole, 1979.
3. CENTENO, G.A.R. *Cirurgia bucal*. 8ed. E1 Ateneo, 1979. 680p.
4. FINN, S. *Odontologia pediátria*. México, Ed. Interamericana, 1976. 613p.
5. GIETZ, E. *Cirurgia Oral menor*. Buenos Aires, Mundi, 1946. 488p.
6. GRAZIANI, M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 6ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. 676p.
7. KRUGER, G.O. *Textbook of oral and maxilofacial surgery*. Pensilvania, Mosby, 1979.
8. LANGLAIS, R.; LANGLAND, O.; MORRIS, C. Radiographic localization. technics. *Dent. Radiogr. Photogr.*, 52(4): 69-77, 1979.
9. MARZOLA, C. & CAMPANELLA JR., E. Terceiro molar retido. *Rev. Gaúcha odont.*, 33 (2): 127-33, Abr/Jun. 1985.
10. MOYERS, R. *Ortodontia*. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979, 669p.
11. SANDERS, B. *pediatric oral and maxillofacial surgery*. St. Louis, Mosby, 1979. 606p.
12. SCHRAN, W. *Técnicas de cirurgia oral*. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1964. 199p.
13. STAFNE, E. & GIBILISCO, J. *Diagnóstico radiográfico bucal*. 4ed. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1982. 434p.

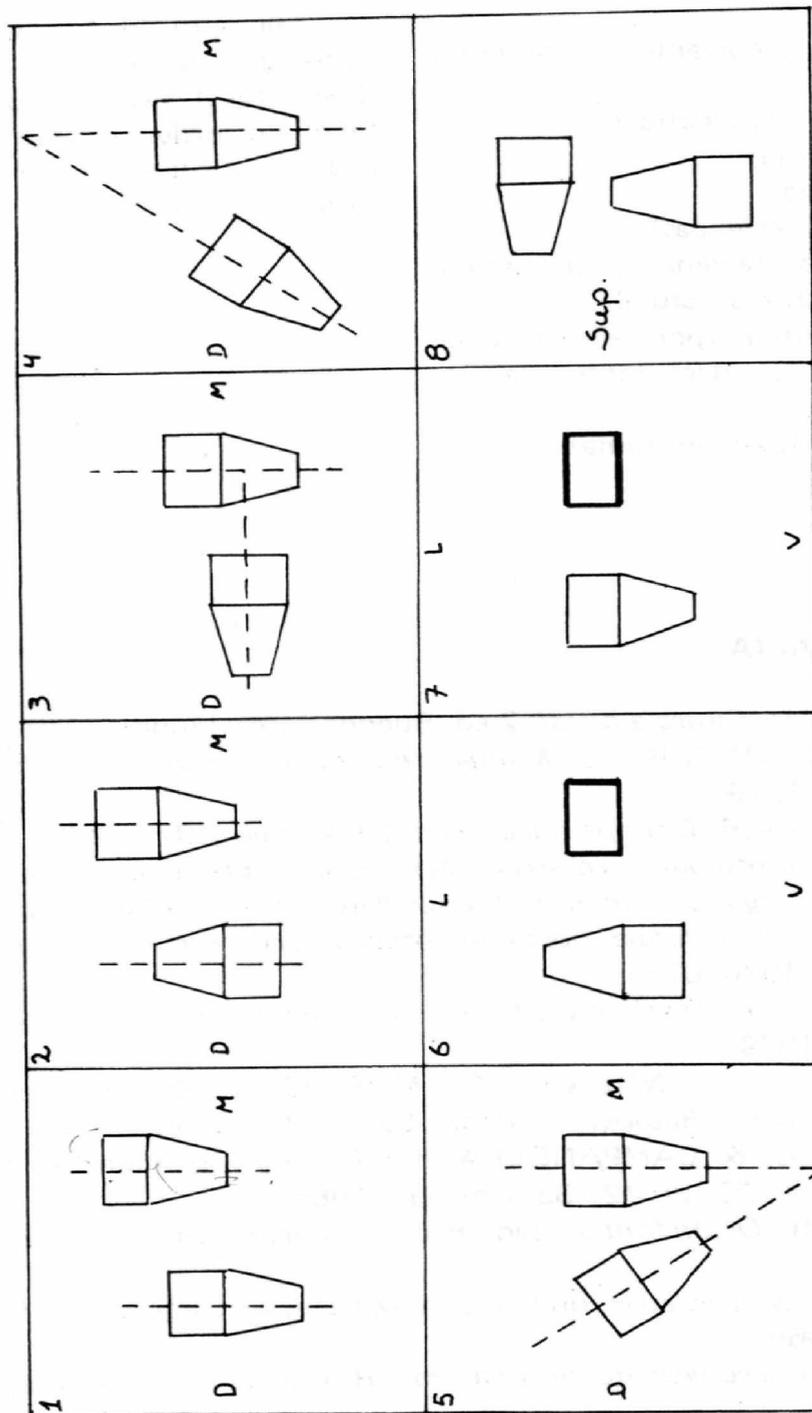


Fig. 1 – Classificação de Winter: posição VERTICAL (1), INVERTIDA (2), HORIZONTAL (3), MÉSIO-ANGULAR (4), DISTO-ANGULAR (5), VESTÍBULO-ANGULAR (6), LÍNGUO (palato)-ANGULAR (7), para-normal (8).

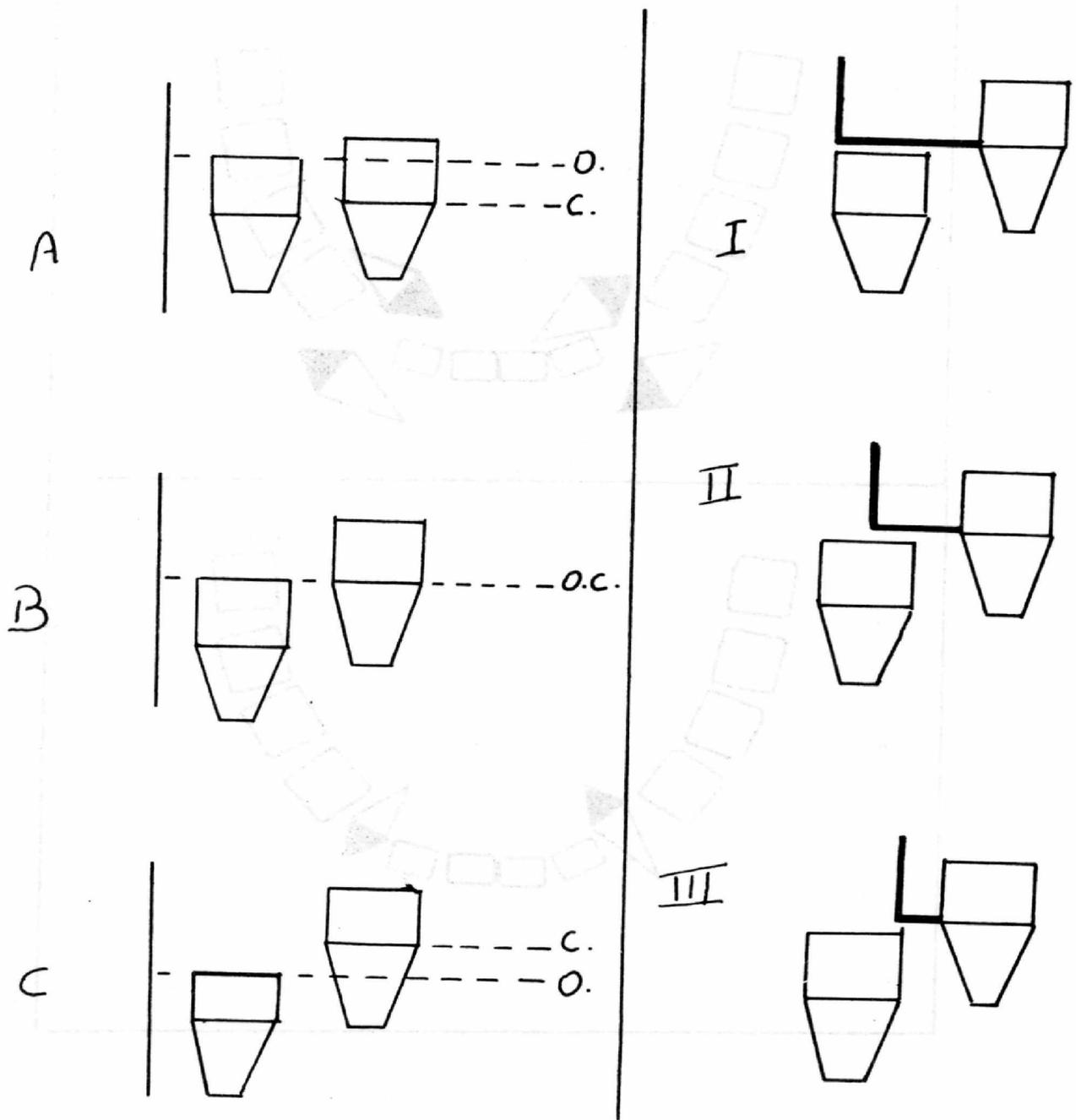


Fig. 2 – Classificação de Pell-Gregory.

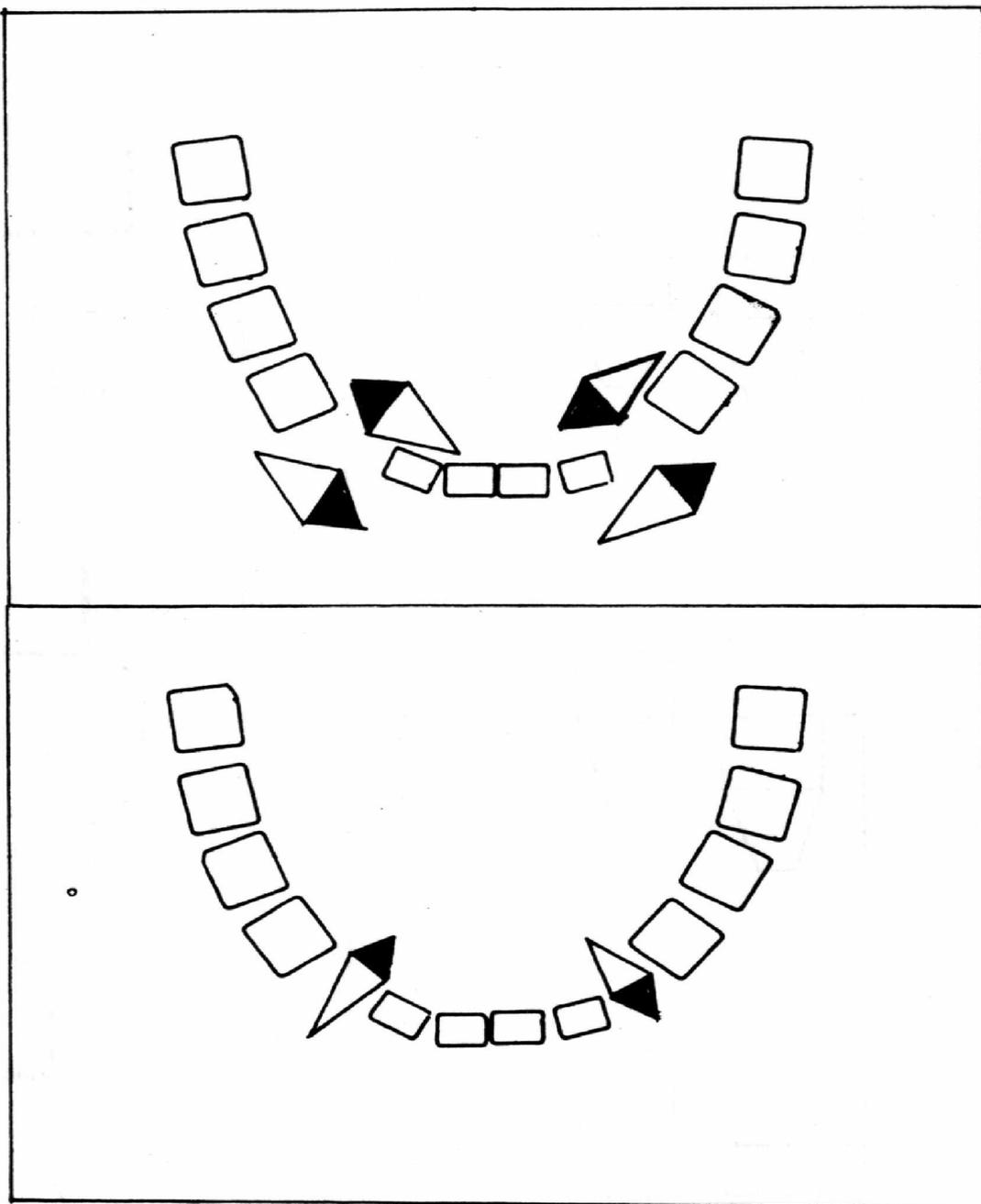


Fig. 3 – Classificação das inclusões de caninos.