

ULECTOMIA COMO OPÇÃO CIRÚRGICA EM CASOS DE RETARDO NA ERUPÇÃO DE INCISIVOS SUPERIORES RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Ulectomy as surgical option in cases of delay in dental eruption of upper incisors Report of clinical cases

Ana Paula Vilar Prudente SARAIVA*
Jainara Maria Soares FERREIRA**
Ana Maria Gondim VALENÇA***

RESUMO

São comuns, na prática clínica odontopediátrica, situações de atraso no processo de erupção dentária. Para estes casos, a ulectomia, que consiste em uma técnica simples e de fácil execução, proporciona uma via de acesso ao dente. Diante do exposto, o presente trabalho tem o propósito de abordar, por meio de relato de casos clínicos, esta técnica cirúrgica realizada em elementos dentários permanentes.

UNITERMOS

Cirurgia bucal, Erupção dentária, Gengivectomia, Odontopediatria.

INTRODUÇÃO

O Odontopediatra e o Clínico Geral freqüentemente se deparam com situações de atraso no processo de erupção dentária. Diante desta situação, o profissional pode dispor da utilização de uma técnica simples que proporcione uma via de acesso ao dente, permitindo seu posicionamento correto no arco dentário denominada ulectomia. Esta técnica consiste na remoção do capuz mucoso que recobre os dentes não erupcionados (Issão & Guedes-Pinto⁸ 1994; Ianer et al⁷ 2000; Gregori⁴ 2000).

Face ao exposto, este trabalho se propõe a abordar, por meio de relato de casos clínicos, a utilização da ulectomia para facilitar a erupção dentária.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Waes & Stöckli¹³ (2002), a erupção dentária pode acontecer precocemente, na época esperada ou tardiamente e até mesmo deixar de ocorrer, devido a mecanismos ainda não completamente esclarecidos.

Quando do retardo na erupção dentária, a causa pode estar relacionada com a presença de fibrose nos tecidos conjuntivo e epitelial que revestem a coroa dentária; uso de medicamentos (dilantina); traumatismos e presença de cistos de

erupção (Lascaia & Lascaia Júnior⁹ 1997); presença de corpos estranhos; dentes supranumerários e tumores que prejudiquem a reabsorção local óssea, radicular e tecidual; perda precoce de dente decíduo, dois anos antes da época normal de esfoliação (Waes & Stöckli¹³ 2002); tamanho dental e espaço disponível para sua acomodação no arco; e seqüência de erupção (Posen¹¹ 1965).

Dessa forma, a ulectomia está indicada nos casos que ocorrem retardo da erupção dentária, bem como em dentes parcialmente erupcionados para prevenção de infecções secundárias, a exemplo da pericoronarite (Issão & Guedes-Pinto⁸ 1994; Lascaia & Lascaia Júnior⁹ 1997; Ianer et al⁷ 2000). Estando o estágio de formação radicular associado à erupção dentária (Gron⁵ 1962), é importante a verificação radiográfica do estágio de rizogênese, que deve corresponder ao estágio 8 de Nolla (2/3 da raiz formada) para a indicação desta técnica Martinez et al¹⁰ (1998).

A ulectomia é uma técnica cirúrgica de fácil execução (Abreu Neto & Saber¹ 2000), no entanto a associação do exame clínico e radiográfico é necessária para sua indicação precisa. O exame radiográfico, segundo Duque et al² (2004), permite a identificação de fatores que possam mascarar o diagnóstico e até mesmo contraindicar o procedimento, como camada óssea recobrindo a coroa dentária, má

* Especialista em Odontopediatria pela EAP/ABO-PB

** Especialista em Odontopediatria pela EAP/ABO-PB; Mestranda em Odontologia Preventiva e Infantil da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

*** Prof^a adjunta da disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Dr^a em Odontologia Social pela Univ. Federal Fluminense (UFF)

formação dentária, presença de supranumerários, cistos ou odontomas na região, falta de espaço, agenesia e grau de formação radicular.

Segundo Gregori & Campos³ (1996); Lascala & Lascala Júnior⁹ (1997); Ianer et al⁷ (2000), o procedimento cirúrgico da ulectomia consiste na anestesia local infiltrativa ao redor da mucosa gengival a ser removida; incisão circunferencial com lâmina de bisturi na base da mucosa; exposição da coroa dentária por divulsão da mucosa; osteotomia (quando necessária); hemostasia.

Howe⁶ (1990), chama a atenção para a necessidade da exposição completa da borda incisal, cingulo e convexidades mesial e distal em casos envolvendo dentes inclusos.

O pós-operatório é dos mais favoráveis, desde que não haja outros fatores capazes de interferir na erupção dos elementos dentários (Issão & Guedes-Pinto⁸ 1994).

RELATO DE CASOS

Caso 1

Paciente do gênero feminino, 11 anos de idade, compareceu à clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, com o elemento 21 não irrompido (Figura 1). Mediante a anamnese, foi relatado pela mãe que a paciente havia sofrido traumatismo no elemento 61. Ao exame clínico se constatou a presença de uma mucosa gengival mais pálida na área correspondente ao elemento não irrompido, evidenciando-se nesta região o bordo incisal do dente 21. Diante destes achados, indicou-se para o caso a técnica da ulectomia.

Após a anti-sepsia da cavidade bucal, fez-se o uso de anestésico tópico e anestesia infiltrativa gengival na região do referido elemento. Por meio de um bisturi, realizou-se uma incisão circunferencial ao redor da mucosa gengival a ser removida que, por divulsão, expôs o bordo incisal de forma completa no sentido méso-distal (Figura 2). Posteriormente, procedeu-se a hemostasia por tamponamento com gaze estéril.

Decorridos vinte e oito dias da ulectomia, o elemento dentário apresentava uma distância cervico-oclusal de 7 mm, sendo sua borda incisal distante 9 mm da borda do 22 (Figura 3). A partir desse momento iniciou-se o tracionamento ortodôntico do 21 (Figura 4) com o objetivo de posicioná-lo corretamente no arco. Um ano e sete meses após a cirurgia o elemento 21 se encontrava totalmente erupcionado e corretamente posicionado (Figura 5).

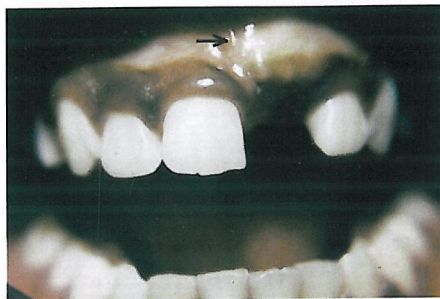


Figura 1 - Elemento dentário 21 não irrompido. Notar área mais pálida na mucosa gengival (seta) correspondente ao bordo incisal do elemento dentário

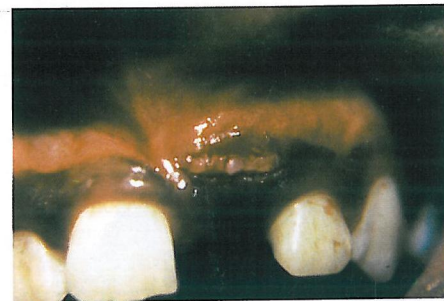


Figura 2 - Exposição do bordo incisal do elemento 21



Figura 3 - Aspecto da área decorridos 28 dias da realização da ulectomia, evidenciando-se a erupção do elemento 21



Figura 4 - Tracionamento ortodôntico para o correto posicionamento no arco do elemento 21



Figura 5 - Aspecto da paciente após 1 ano e 7 meses

Caso 2

Paciente do gênero feminino, 7 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal da Paraíba, apresentando, ao exame clínico, o elemento 21 não irrompido, assumindo a mucosa gengival um aspecto pálido, transparecendo o bordo incisal deste dente (Figura 6). No exame radiográfico, observou-se que o elemento dentário 21 se encontrava no estágio 8 de Nolla (Figura 7), não apresentando força eruptiva suficiente para irromper o tecido gengival,

sendo, neste caso, a técnica da ulectomia indicada para viabilizar a erupção dentária.

A ulectomia foi realizada de forma semelhante ao caso clínico anterior. Portanto, após anestesia tópica e infiltrativa, realizou-se, por meio de bisturi, incisão circunferencial da mucosa gengival na altura do elemento não erupcionado (Figura 8), expondo-se o bordo incisal do dente 21 (Figura 9). Decorridos 7 dias do procedimento cirúrgico, evidenciou-se a erupção parcial do elemento dentário (Figura 10).

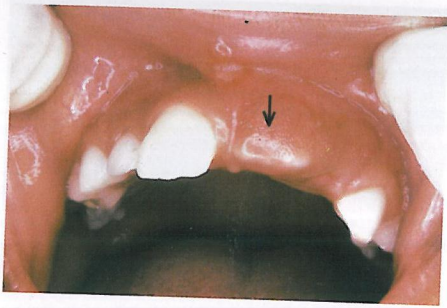


Figura 6 - Elemento dentário 21 não irrompido. Observar região mais pálida na mucosa gengival (seta) correspondente ao bordo incisal do elemento dentário. Caso clínico acompanhado por Klenia Félix Oliveira



Figura 7 - Radiografia periapical da paciente. Elemento dentário 21 no estágio 8 de Nolla



Figura 8 - Incisão circunferencial da mucosa gengival



Figura 9 - Exposição do bordo incisal do elemento 21

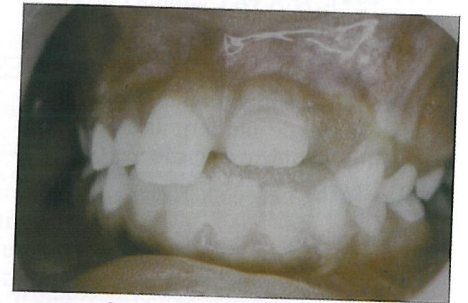


Figura 10 - Aspecto da região decorridos 7 dias da realização da ulectomia, notando-se a erupção parcial do elemento 21

Caso 3

Paciente do gênero feminino, 7 anos de idade, em tratamento na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal da Paraíba, apresentava os elementos 11 e 21 não irrompidos devido à fibrose gengival (Figura 11).

Ao exame radiográfico constatou-se que os incisivos centrais superiores não irrompidos se encontravam no estágio 8 de Nolla (Figura 12), indicando-se a ulectomia para proporcionar a erupção destes dentes.

Após a anestesia tópica e infiltrativa, realizou-se a remoção do capuz mucoso e exposição dos bordos incisais dos elementos dentários 11 e 21 (Figura 13). A Figura 14 mostra o caso após 6 meses, evidenciando-se a completa erupção dos incisivos centrais superiores permanentes.

COMENTÁRIOS

Nos casos em questão, a ulectomia foi indicada devido ao retardo de erupção dos elementos dentários, causados por traumatismo (caso 1) e por fibrose gengival (caso 3).

No caso clínico 1, o traumatismo do elemento dentário 61 (intrusão), provocou o deslocamento de seu germe e



Figura 11 - Elementos dentários 11 e 21 não irrompidos, evidenciando-se a presença de fibrose gengival. Caso clínico acompanhado por Luiz Fernando P. da C. Carvalho e Laudence Lucena Pereira



Figura 13 - Exposição do bordo incisal dos elementos 11 e 21

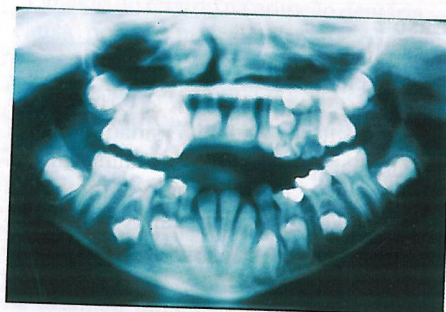


Figura 12 - Radiografia panorâmica da paciente, notando-se os elementos 11 e 21 no estágio 8 de Nolla



Figura 14 - Aspecto da área decorridos 6 meses da realização da ulectomia, evidenciando-se a erupção dos elementos 11 e 21

provavelmente o retardo na erupção. Segundo Lascala & Lascala Júnior⁹ (1997), o retardo na erupção dentária pode estar relacionado com a presença de traumatismos dentários. Waes¹² (2002), relata que o estreito relacionamento entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente faz com que os traumas, na dentição decídua, representem fatores de risco para o sucessor em desenvolvimento.

Em se tratando do segundo caso, mediante a anamnese, não foi possível associar a não erupção do elemento dentário com fatores etiológicos que justificassem tal quadro clínico.

No que concerne ao caso clínico 3, o atraso na erupção dentária foi ocasionado pela fibrose gengival. Conforme Martinez et al¹⁰ (1998), esta é mais freqüente em incisivos centrais superiores permanentes, devido à perda precoce do antecessor decíduo.

A ulectomia é uma técnica simples, de fácil execução, possuindo pós-operatório favorável, não havendo necessidade de outras manobras cirúrgicas, podendo ser realizada pelo clínico geral e odontopediatra na prática clínica diária.

A ausência de complicações pós-operatórias, bem como a erupção completa dos elementos dentários, demonstram que a técnica realizada foi eficiente em melhorar a estética e a função dos pacientes, auxiliando no correto desenvolvimento da oclusão.

CONCLUSÃO

Baseado na literatura pesquisada e nos casos clínicos relatados é lícito concluir que:

- A ulectomia é indicada em situações de retardo da erupção dentária, nas quais os elementos não irrompidos apresentem formação radicular compatível com o estágio 8 de Nolla;
- Os pais devem ser orientados sob possíveis retardos na erupção dentária de seus filhos e tranqüilizados quanto

aos procedimentos cirúrgicos;

- Sendo uma técnica simples, de fácil execução e pós-operatório favorável, a ulectomia pode ser realizada pelo clínico geral e odontopediatra na prática diária.

SUMMARY

It's still common, in Pediatric Dentistry practice, situations of delay in the process of dental eruption. For these cases the ulectomy, which consists of a simple technique and of easy execution, provides an access to the tooth. Based on the exposed, this article has the purpose of approaching, by means of cases report, this surgical technique performed at permanent teeth.

UNITERMS

Oral surgery, dental eruption, gingivectomy, pediatric dentistry

AGRADECIMENTO

À Profa. Mônica Almeida Tostes pela colaboração no planejamento e execução da movimentação ortodôntica executada no caso 1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu Neto HF, Saber M. Conduta ortodôntica aplicada a dentes supranumerários. Revista da APCD 2000 nov/dez; 54 (6): 459-62.
2. Duque C et al. Ulectomia: Relato de casos Clínicos. Disponível em: <http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa23.htm>. Acesso em: 5 de mai. 2004.
3. Gregori C, Campos AC. Cirurgia em Odontopediatria. In: Gregori C. Cirurgia Buco-dento-alveolar. São Paulo: Savier, 1996. cap.21, p. 238-52.
4. Gregori C. Cirurgia em Odontopediatria. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2000. cap. 30, p. 513-34.

5. Gron AM. Prediction of tooth emergence. J.D. Res. 1962 may/june; 41 (3): 573-85.
6. Howe GL. Auxílios cirúrgicos à Ortodontia. In: _____. Cirurgia Oral Menor. 3.ed. São Paulo: Santos, 1990. cap. 6, p. 144-83.
7. Ianer V, Amorim R, Rosenblatt A. Cirurgia em Odontopediatria. In: Rosenblatt A. Clínica Odontopediátrica: Protocolo de Atendimento Clínico. Recife: EDUPE, 2000. cap. 7, p. 89 – 100.
8. Issáo M, Guedes-Pinto AC. Cirurgia. In: _____. Manual de Odontopediatria. 9.ed. São Paulo: Pancast, 1994. cap. 12, p. 259-80.
9. Lascala NT, Lascala Júnior NT. Aspectos cirúrgicos na prevenção – frenectomia - bridectomia e ulectomia. In: Lascala NT. Prevenção na clínica Odontológica: Promoção de saúde bucal. Brasil: Artes Médicas, 1997. cap.13, p. 209-220.
10. Martinez JA, Motta 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.
11. Posen AL. The effect of premature loss of deciduous molars on premolar eruption. Angle Orthod. 1965 jul; 35(3):249-52.
12. Waes HV. Traumatologia dentária em crianças e adolescentes. In: _____. Odontopediatria. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.289-372.
13. Waes HV, Stöckli, PW. Patologia dentária em crianças. In: _____. Odontopediatria. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.65-100.

AUTOR RESPONSÁVEL

Ana Paula Vilar Prudente Saraiva
Rua Golfo de Cadis, 199/602.
Intermares Cabedelo-PB
CEP: 58310-000
E-mail: anapaulavp@ig.com.br

Recebido para publicação em 10/03/2005.
Aceito para publicação em 15/05/2005.



Equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial

- **Dr. João Milanez M. Jr.** CRO/GO 5158
Especialista pela UFRJ
- **Dr. José Luiz R. Leles** CRO/GO 5756
Mestre e doutorando pela UNESP
- **Dr. Robson R. Garcia** CRO/GO 4571
Mestre e Doutor pela Unicamp

- Cirurgia Bucal
- Cirurgia Ortognática
- Enxertos Ósseos
- Implantes

Rua 22 - nº 310 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás - CEP.: 74120-130

Fone: (62) 3215 - 3645