

Tratamento cirúrgico de canino incluído em mento: relato de caso

João Octavio Pompeu HYPPOLITO^a, Marina Bozzini PAIES^b, Ruy de Oliveira VERAS-FILHO^c,
Fernanda FLORIAN^d, Eduardo HOCHULI-VIEIRA^e

^aCirurgião Bucomaxilofacial, Residência pela Faculdade de Odontologia,
UNESP – Univ Estadual Paulista, 14801-903 Araraquara - SP, Brasil

^bGraduanda da Faculdade de Odontologia, UNESP – Univ Estadual Paulista,
14801-903 Araraquara - SP, Brasil

^cResidente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia,
UNESP – Univ Estadual Paulista, 14801-903 Araraquara - SP, Brasil

^dCirurgiã-Dentista, Bolsista do Programa de Aprimoramento – FUNDAP,
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia,
UNESP – Univ Estadual Paulista, 14801-903 Araraquara - SP, Brasil

^eDepartamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia,
UNESP – Univ Estadual Paulista, 14801-903 Araraquara - SP, Brasil

Hyppolito JOP, Paies MB, Veras-Filho RO, Florian F, Hochuli-Vieira E. Surgical treatment of an impacted canine in the menton: case report. Rev Odontol UNESP. 2011; 40(1): 42-46.

Resumo

Os caninos maxilares e mandibulares, quando estão em sua posição normal, são importantes dos pontos de vista estético e funcional. Estes são dentes frequentemente mal posicionados, porém a falha do irrompimento de canino mandibular é pouco comum, sendo mais frequente a inclusão de caninos maxilares. A transmigração – migração pré-eruptiva de um dente através da linha média – de caninos, por sua vez, é relatada na mandíbula com maior frequência do que na maxila. O gênero feminino é mais acometido que o masculino e o lado esquerdo é mais prevalente que o direito. Normalmente, os pacientes não apresentam sintomas; portanto, os dentes inclusos são descobertos em exames radiográficos para diagnosticar a demora da esfoliação do canino decíduo ou por qualquer outra finalidade. Devido a possíveis associações de caninos inclusos com lesões patológicas, infecção, lesão aos dentes vizinhos, dor, erupção ectópica e interferência com próteses, indica-se a remoção cirúrgica destes dentes. Este trabalho tem por objetivos descrever e discutir um caso clínico-cirúrgico de canino (43) incluído em mento.

Palavras-chave: Canino; incluído; mandíbula.

Abstract

The mandibular and maxillary canines when well positioned in the arch, are important functionally and aesthetically. Although these teeth are frequently malpositioned in the dental arch, their absence of eruption are not common, occurring more frequently with the maxillary canine than the mandibular canine. The canine transmigration is a well-known pre eruptive phenomenon in which the tooth goes thru the facial midline, occurring more frequently in the mandible than in maxila. Females are more susceptible than males and the right side more than the left one. Normally the patients do not show any symptoms, and this condition is observed during radiographic exams to diagnose the late exfoliation of the deciduous canine or for any other purpose. Due to the relationship between impacted canines and pathologic lesions, infection, trauma to the adjacent teeth, pain, ectopic eruption and interference with prosthesis, it's indicated the surgical extraction of these teeth. The goal of this article is to describe and discuss the surgical treatment of an impacted canine (43) in the chin.

Keywords: Canine; unerupted; mandible.

INTRODUÇÃO

Na dentição humana, os caninos maxilares e mandibulares, quando estão presentes em sua posição normal, são importantes tanto do ponto de vista estético como funcional. Porém, caninos permanentes inclusos ocorrem de maneira relativamente comum e estão sendo gradualmente documentados na literatura. Apesar de o canino maxilar frequentemente estar mal posicionado ou incluso devido a múltiplos fatores, tais como o crescimento crâniofacial, a cronologia de erupção dentária e a morfologia humana, a falha do irrompimento de canino mandibular é pouco comum¹. Rohrer² fez uma pesquisa examinando radiografias panorâmicas de três mil pacientes e encontrou 62 caninos maxilares inclusos (2,06%) e somente três caninos mandibulares (0,1%), em uma proporção de 20:1. Isso significa a incidência de 0,35 a 0,44% de inclusão de canino mandibular na população em geral^{3,4}.

Achados menos comuns estão relacionados à migração pré-eruptiva de um dente através da linha média, chamada de transmigração. Ando et al.⁵ foram os primeiros a usar este termo¹. Javid⁶ expandiu esta definição incluindo casos em que metade ou mais do dente incluso cruzou a linha média esquelética. Esta condição, acometendo caninos mandibulares, é documentada em várias pesquisas^{3,7-11}, porém a transmigração em caninos maxilares foi documentada pela primeira vez por Aydin, Yilmaz⁷, em 2003. Até hoje, apenas cinco casos de transmigração em caninos maxilares foram publicados^{3,7,12-14}. Em 2006, Auluck et al.¹⁵ sugeriram que a distância real da migração canina através da linha média mandibular é menos importante que a tendência do canino em cruzar a linha média. O gênero feminino parece ser mais acometido do que o masculino, com o lado esquerdo mais prevalente do que o direito^{16,17}, embora Aras et al.¹² tenham achado um número de caninos transmigrados igual para o lado direito e o lado esquerdo. A maioria dos pacientes não apresenta sintomas e estes caninos são frequentemente descobertos em exames radiográficos com finalidade ortodôntica ou qualquer outra¹.

Alguns autores^{5,18,19} especulam quanto às causas da impacção e da transmigração dos caninos mandibulares, dentre as quais citam: os fatores traumáticos, a falta de espaço, o longo trajeto de erupção do germe dentário do canino, a perda prematura da dentição decídua, o comprimento anormal da coroa, os fatores hereditários, os distúrbios funcionais das glândulas endócrinas, os tumores e os odontomas. Nestes casos de inclusão dentária, a remoção cirúrgica está indicada devido à possível associação com lesões patológicas, infecção, lesão aos dentes vizinhos, dor, erupção ectópica e interferência com próteses²⁰. O acesso intrabucal é a opção para a remoção desses dentes inclusos²¹.

O objetivo deste trabalho é relatar a remoção de um canino incluso na região mentoniana da mandíbula.

RELATO DO CASO

Paciente de 16 anos de idade, gênero masculino, leucoderma, procurou tratamento ortodôntico devido a apinhamento dental

e presença de canino decíduo não esfoliado. Foi solicitada documentação ortodôntica pelo profissional responsável pelo tratamento do paciente, a qual incluía modelos de gesso e radiografias de face. Ao se visualizar a inclusão do canino inferior direito, o paciente foi encaminhado ao Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara para remoção do mesmo.

As condições de saúde do paciente não apresentavam contra-indicações para o procedimento. Os exames de imagem que incluíam radiografia panorâmica (Figura 1a) e telerradiografia lateral (Figura 1b) evidenciam a presença do dente canino mandibular do lado direito em posição horizontal e com parte de sua coroa cruzando a linha média mandibular, como também sua posição vestibular, anterior aos dentes.

O paciente foi submetido à remoção do dente sob anestesia local, em que foram usados dois tubetes de anestésico do tipo Mepivacaína 2% com Epinefrina a 1:200.000 para anestesia dos Nervos Mentuais e Incisivos, bilateralmente. Com o emprego de uma incisão linear realizada em fundo de sulco vestibular a cinco

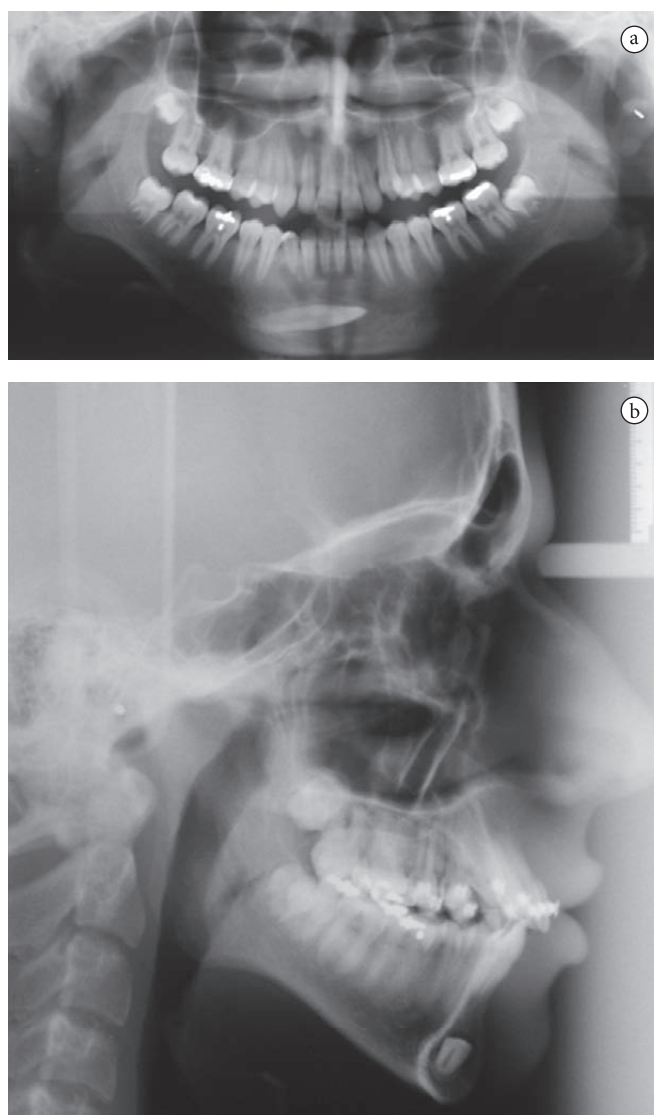


Figura 1. a) Radiografia panorâmica inicial. b) Telerradiografia lateral inicial.

milímetros de distância da linha mucogengival e com extensão de canino esquerdo a canino direito, um retalho mucoperiosteal foi obtido (Figuras 2a e b) e o osso da região mentoniana foi acessado (Figura 2c). O retalho foi afastado com afastadores do tipo Minnesota e a ostectomia da região da coroa realizada com fresa esférica nº 6 em peça de mão em baixa rotação para uma adequada exposição do dente sem desgastá-lo. A odontosseção foi então realizada com fresa nº 702 em alta rotação na região do colo anatômico do dente (Figura 2d). Sua coroa foi removida com extrator apical e, em sequência, a raiz (Figuras 2e e f). Procedeu-se então a curetagem com remoção do capuz pericoronário, limagem, irrigação com soro fisiológico 0,9% e sutura do acesso com fio absorvível do tipo Poliglactina 910, primeiramente do plano muscular e, em seguida, da mucosa (Figura 2g).

O paciente foi orientado quanto aos cuidados pós-operatórios usuais. A prescrição medicamentosa envolveu antibiótico (Amoxicilina 500 mg 8/8 horas por cinco dias), anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg de 12/12 horas por três dias) e analgésico (Dipirona Sódica 500 mg de 6/6 horas) em caso de dor.

No pós-operatório de sete dias, o paciente compareceu sem queixas álgicas ou de alterações de sensibilidade nervosa. O edema era mínimo, a sutura encontrava-se em posição, não havia sinais de infecção e o tecido apresentava-se com boa condição cicatricial, não sendo assim necessária a permanência da sutura, que gerava certo incômodo ao paciente e dificultava a higienização. Após seis meses, o mesmo compareceu sem queixas e sem qualquer alteração local.

DISCUSSÃO

O canino maxilar é mais frequentemente encontrado mal posicionado em relação ao mandibular²², de forma que a incidência de caninos mandibulares ectópicos é baixa se comparados aos terceiros molares, caninos maxilares e pré-molares mandibulares²³.

A remoção de dentes inclusos frequentemente segue os protocolos cirúrgicos básicos de retalho mucoperiosteal e ostectomia já estabelecidos. No entanto, existem alguns dentes inclusos que necessitam de remoção e que não são casos de rotina. Nestas situações, os cirurgiões devem utilizar seus conhecimentos e habilidades em técnicas alternativas para a conclusão do procedimento⁸.

A transmigração de dentes é rara de ser vista e ocorre somente na dentição permanente. Este episódio ocorre mais comumente em caninos mandibulares⁷, se contrapondo aos caninos maxilares, dos quais são relatados apenas cinco casos de transmigração^{3,7,12-14}. Esta migração dentária segue sentido mesial, resultando em cruzamento para o lado oposto através da sínfise mandibular²⁴, em casos de dentes inferiores, que se encontram frequentemente em posição horizontal e podem migrar anteriormente. As várias opções de tratamento – exposição e tracionamento ortodôntico, transplante, acompanhamento e a remoção cirúrgica – são dependentes de fatores como rizogênese incompleta, idade do paciente e grau de inclusão. Se o canino incluído for diagnosticado precocemente, é possível que o dente alcance uma posição melhor no arco dentário com irrompimento assistido ortodonticamente; porém, é um tratamento longo e caro, que necessita da seleção e da preparação cuidadosa do paciente, e de interação/cooperação entre o ortodontista e o cirurgião. Quando não obtido sucesso no tratamento ortodôntico, é indicada a remoção cirúrgica do dente incluído¹⁷. O tratamento por meio de autotransplante tem seu sucesso dependente do grau de desenvolvimento do dente; esse tipo de intervenção apresenta aceitável sucesso em casos em que o dente incluído esteja com rizogênese incompleta. Além disso, para que seja possível o autotransplante, faz-se necessária uma ostectomia extensa para a remoção íntegra do dente incluído e o seu posterior reposicionamento no arco dentário. Outra alternativa pode ser o acompanhamento radiográfico periódico¹⁸ do dente incluído, sem qualquer intervenção. A desvantagem deste tratamento é que o dente incluído pode gerar

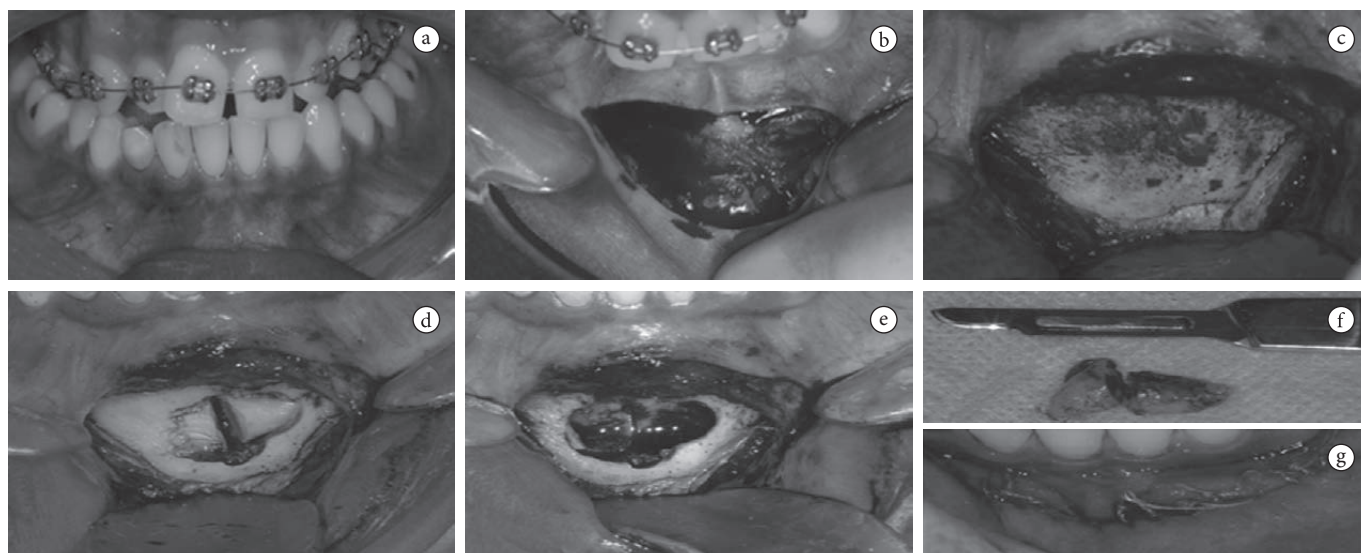


Figura 2. a) Aspecto clínico pré-operatório; b) Incisão em fundo de sulco vestibular; c) Descolamento mucoperiosteal; d) Ostectomia e odontosseção do dente incluído; e) Loja cirúrgica após remoção do dente; f) Dente extraído; g) Sutura.

complicações ao longo do tempo, como: anquilose; remoção cirúrgica dificultada; reabsorção da raiz e da coroa dos dentes adjacentes²⁰; presença de infecção; interferência com próteses; dor e erupção ectópica, e presença de lesões patológicas¹⁸. Apesar de Howard²⁵ e Colakoglu et al.¹⁷ não terem detectado nenhuma lesão cística associada com os caninos mandibulares transmigrados e terem relacionado mesiodens com os caninos maxilares impactados, Wertz²⁶, Greenberg, Orlian²⁷, e Fiedler, Alling²³ publicaram casos clínicos de caninos transmigrados associados com lesões radiotransparentes sugestivas de cistos. Porém, é difícil de se determinar se a lesão é fator causal ou se é causada pela transmigração de caninos incluídos. Sendo assim, o tratamento cirúrgico parece ser a melhor opção, dependendo do grau de impactação, em vez de tentar trazer o dente para sua posição natural. Isso é bem visível, principalmente, quando o arco apresenta apinhamentos e precisa de extrações para correção ortodôntica ou acompanhamento sem qualquer intervenção. Camilleri, Scerri²⁸ afirmaram que é mecanicamente impossível levar o canino impactado em posição semelhante ao do caso clínico apresentado para sua posição ideal, principalmente

porque, quando descobertos, os dentes caninos incluídos já estão completamente formados.

CONCLUSÃO

Os caninos incluídos na região mentoniana são menos discutidos na literatura quando comparados com caninos superiores impactados devido à sua menor ocorrência clínica. Por muitas vezes não apresentar sintomatologia, dentes não irrompidos são identificados apenas em exames radiográficos solicitados para avaliação da ausência destes – quando o paciente é submetido a tratamento odontológico – e apresentam completa formação radicular. Sendo assim, o tratamento sugerido para a grande maioria dos casos é a remoção cirúrgica devido à possibilidade de falhas dos outros meios de tratamento, como o prejuízo psicológico e financeiro do paciente, além da possível associação patológica local, ocasionando complicações posteriores. A partir destes dados da literatura e ao analisar clínica e radiograficamente o caso em questão, o tratamento mais viável foi a remoção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Joshi MR. Transmigrant mandibular canines: a record of 28 cases and a retrospective review of the literature. *Angle Orthod.* 2001; 71: 12-22.
2. Rohrer A. Displaced and impacted canines. *Int J Orthod Oral Surg.* 1929; 15: 1003-20.
3. Aydin U, Yilmaz HH, Yildirim D. Incidence of canine impaction and transmigration in a patient population. *Dentomaxillofac Radiol.* 2004; 33: 164-9.
4. Gay-Escoda C, Forteza-González G, Herráez-Vilas J. Caninos incluídos: patología, clínica y tratamiento. In: Gay-Escoda C, Berini-Aytés L, editores. *Tratado de cirugía bucal.* Madrid: Ergon; 2004. Tomo 1, p. 459-96.
5. Ando S, Aizawa K, Nakashima T, Sanka Y, Shimbo K, Kiyokawa K. Transmigration process of the impacted mandibular cuspid. *J Nihon Univ Sch Dent.* 1964; 6: 66-71.
6. Javid B. Transmigration of impacted mandibular cuspids. *Int J Oral Surg.* 1985; 14: 547-9.
7. Aydin U, Yilmaz HH. Transmigration of impacted canines. *Dentomaxillofac Radiol.* 2003; 32: 198-200.
8. 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.* 1996; 54: 1240-2.
9. Mupparapu M. Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: Review of literature and report of nine additional cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2002; 31: 355-60.
10. Buyukkurt MC, Aras MH, Caglaroglu M, Gungormus M. Transmigrant mandibular canines. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 2025-9.
11. Joshi MR, Shetye SB. Transmigration of mandibular canines: a review of the literature and report of two cases. *Quintessence Int.* 1994; 25: 291-4.
12. Aras MH, Buyukkurt MC, Yolcu U, Ertas U, Dayi E. Transmigrant maxillary canines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105: e48-52.
13. Ryan FS, Batra P, Witherow H, Calvert M. Transmigration of a maxillary canine: a case report. *Prim Dent Care.* 2005; 12: 70-2.
14. Shapira Y, Kufinec MM. Unusual intraosseous transmigration of a palatally impacted canine. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005; 127: 360-3.
15. Auluck A, Nagpal A, Setty S, Pai K, Sunny J. Transmigration of impacted mandibular canines: report of four cases. *J Can Dent Assoc.* 2006; 72: 249-52.
16. Costello JP, Worth JC, Jones AG. Transmigration of permanent mandibular canines. *Br Dent J.* 1996; 181: 212-3.
17. 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.* 2010; 68: 1001-6.
18. Alaejos-Algarra C, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Transmigration of mandibular canines: report of six cases and review of the literature. *Quintessence Int.* 1998; 29: 395-8.
19. O'Carroll MK. Transmigration of the mandibular right canine with development of odontoma in its place. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984; 57: 349.

20. Bluestone LI. Impacted mandibular bicuspid and canine: Indications for removal and surgical considerations. *Dent Items Int.* 1951; 73: 342-5.
21. Miranti R, Levbarg M. Extraction of a horizontally transmigrated impacted mandibular canine: report of a case. *J Am Dent Assoc.* 1974; 88: 607-10.
22. Broadway RT. A misplaced mandibular permanent canine. *Br Dent J.* 1987; 163: 357-8.
23. Fiedler LD, Alling CC. Malpositioned mandibular right canine: report of case. *I Oral Surg.* 1968; 26: 405-7.
24. Shapira Y, Kufinec MM. Intrabony migration of impacted teeth. *Angle Orthod.* 2003; 73: 738-43.
25. Howard RD. The anomalous mandibular canine. *Br J Orthod.* 1976; 3: 117-21.
26. Wertz RA. Treatment of transmigrated mandibular canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1994; 106: 419-27.
27. Greenberg SN, Orlian AI. Ectopic movement of an unerupted mandibular canine. *J Am Dent Assoc.* 1976; 93: 125-8.
28. Camilleri S, Scerri E. Transmigration of mandibular canines - a review of the literature and a report of five cases. *Angle Orthod.* 2003; 73: 753-62.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

João Octavio Pompeu Hyppolito
Cirurgião Bucomaxilofacial, residência pela Faculdade de Odontologia,
UNESP - Univ Estadual Paulista, 14801-903 Araraquara - SP, Brasil
e-mail: joao_hyppolito@hotmail.com

Recebido: 17/08/2010

Aceito: 09/02/2011