

Anquilose em molares decíduos – relato de caso clínico

Ankylosis of deciduous molars – case report

Milca Telles dos Santos¹; Simone Assayag Hanan²; George Pessoa de Jesus³; Wilson Maia Oliveira Júnior⁴

¹Graduanda da Faculdade de Odontologia – UFAM.

²Professora Mestre da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia – UFAM.

³Professor Especialista da disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia – UFAM.

⁴Professor Mestre em Ortodontia da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia – UFAM.

Endereço para correspondência

Simone Assayag Hanan
R. Paraiba, 624 – Cond. Parque São José do Rio Negro, bl. 9 A, apto 201 – Adrianópolis
Manaus – AM [Brasil]
simonehanan@yahoo.com.br

Resumo

A anquilose dento-alveolar é uma alteração frequente na dentição decídua, sendo reconhecida como o principal fator etiológico das infraoclusões. É uma anomalia de erupção que envolve a fusão anatômica do osso alveolar com o cimento e/ou a dentina. O diagnóstico precoce da anquilose pelo odontopediatra é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas e/ou invasivas eficazes, associadas ao acompanhamento periódico do paciente a fim de obter-se um melhor prognóstico. Neste artigo, relata-se um caso clínico sobre anquilose severa bilateral de molares decíduos inferiores, cujo tratamento proposto foi exodontia dos elementos dentários e recuperação de espaço. Com isso, buscou-se evitar a instalação de desarmonias oclusais.

Descritores: Anquilose; Dente decíduo; Tratamento.

Abstract

Dental ankylosis is a frequent pathology in primary dentition and it is considered to be the principal etiological factor of infraoccluded teeth. It is an eruption anomaly that involves the anatomical fusion of the alveolar bone with the tooth's cement and/or dentine. Therefore, the early diagnosis of the infraoccluded tooth by the pediatric dentistry is a key element in the selecting effective preventive and/or invasive options for treatment and continuous care. This article relates a case report of severe bilateral ankylosis of lower deciduous molars, whose proposed treatment was the extraction and the installation of a space regain. Therefore, we tried to avoid an occlusal disharmony.

Key words: Ankylosis; Deciduous tooth; Treatment.

Introdução

A anquilose é uma anomalia da erupção dentária que consiste na fusão anatômica do cimento dentário ao osso alveolar propriamente dito, causada pela obliteração do ligamento periodontal em algumas áreas ao redor da superfície radicular^{1,2}. Essa situação provoca fixação do dente em uma determinada posição³. O dente afetado conseqüentemente fica impedido de acompanhar os movimentos eruptivos e/ou pós-eruptivos que se adaptam ao crescimento facial, permanecendo abaixo do plano oclusal, podendo variar de um milímetro até completa inclusão do elemento dentário no interior do tecido gengival, caracterizando um caso de anquilose severa⁴.

Dependendo da severidade da infraoclusão podem ocorrer problemas de maloclusão, perda localizada ou generalizada do perímetro do arco, supraerupção do dente antagonista, impactação dos dentes sucessores, além de favorecer o aparecimento das doenças cárie e periodontal, bem como problemas cirúrgicos na sua remoção^{5,6,7,8}. Deve-se, então, enfatizar a importância do diagnóstico precoce da anomalia pelo odontopediatra para implementar medidas preventivas e/ou invasivas eficazes, associadas ao acompanhamento periódico do paciente^{2,9,10}.

O tratamento a ser determinado depende de fatores, tais como a idade do paciente, o grau de infraoclusão dentária, o comprometimento da oclusão, a presença e localização do sucessor permanente, o estágio de desenvolvimento do sucessor, a severidade dos danos causados pela anomalia e a condição sistêmica do paciente^{4,11,12}. Porém, quando houver estágio severo da anquilose, associado à reabsorção radicular lenta, o tratamento de escolha é a exodontia com manutenção do espaço^{3,13} para evitar a perda de diâmetro méso-distal do arco^{4,14}. Nos casos em que já tenha sido constatada a perda de espaço, é feita primeiramente sua recuperação¹.

Em face do exposto, relata-se neste artigo um caso clínico sobre segundos molares decíduos inferiores em infraoclusão severa.

Relato do caso clínico

Paciente D.S.A.S., gênero masculino, leucoderma, seis anos, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFAM, com a queixa apresentada por sua mãe sobre a não erupção dos segundos molares decíduos inferiores.

Durante a anamnese, nenhum dado relevante sobre a condição sistêmica do paciente foi constatado. Ao exame clínico, observou-se a infraoclusão dos segundos molares decíduos inferiores – nos quais a superfície oclusal encontrava-se abaixo da gengiva interproximal dos dentes adjacentes, sugerindo anquilose-dentoalveolar –, verificou-se também que os demais elementos dentários apresentavam-se hígidos (Figura 1).

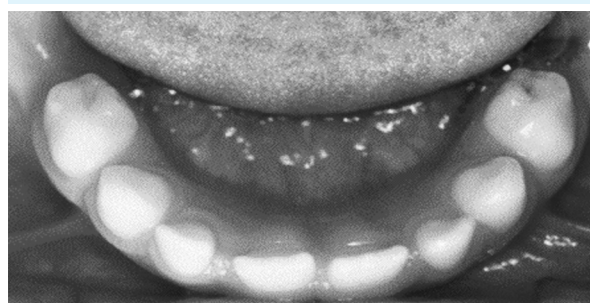


Figura 1: Aspecto clínico da região inferior posterior, evidenciando infraoclusão dos segundos molares decíduos

Para fins de diagnóstico e plano de tratamento dos dentes em infraoclusão, realizou-se uma radiografia panorâmica. Foi possível observar a ausência do ligamento periodontal ao redor das raízes dos dentes acometidos, e conseqüentemente união direta do cimento ao osso alveolar. Assim, obteve-se o diagnóstico de anquilose dentoalveolar severa bilateral dos elementos 75 e 85 (Figura 2).

Após ter esclarecido o responsável e depois de seu consentimento, planejou-se a exodontia dos elementos dentários afetados e posterior instalação de recuperador de espaço. Em razão da idade da criança e, principalmente, por tratar-se de um paciente com comportamento não cooperador, realizou-se a intervenção cirúrgica, sob anestesia



Figura 2: Panorâmica mostrando a anquilose dentoalveolar severa dos elementos 75 e 85 e ausência do ligamento periodontal com união do cemento ao osso alveolar

geral. Foram solicitados os seguintes exames pré-operatórios: hemograma completo; coagulograma; tempo de protrombina (TAP); tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPA); glicemia; ureia; creatinina; Rx do tórax; risco cirúrgico, além do eletrocardiograma. Depois da análise dos resultados desses exames, internou-se o paciente, um dia antes da intervenção, no Hospital Universitário Getúlio Vargas (Manaus-AM), em dezembro de 2008. No centro cirúrgico procedeu-se a antisepsia extraoral com iodopovidona. Após o paciente já estar sob efeito da anestesia geral, realizou-se a anestesia infiltrativa com lidocáina a 2% com adrenalina 1:100.000 para auxiliar a hemostasia. Procedeu-se, então, a uma incisão triangular mucoperiosteal na região de molares decíduos inferiores dos lados direito e esquerdo e o deslocamento total do retalho. Fez-se a osteotomia com cinzel e martelo. Depois de obter-se acesso suficiente, os elementos 75 e 85 foram luxados com alavancas Seldin (Figuras 3 e 4), removidos dos alvéolos dentários e, em seguida (Figuras 5 e 6), procedeu-se à sutura (Figura 7).

Como medicação pós-operatória, receitou-se Dipirona sódica, em solução oral de 500mg/5ml, 20 gotas, de 6 em 6 horas, em caso de dor, até três dias. Após a alta do paciente, instalou-se um recuperador de espaço de acrílico e removível (Figura 8).

O acompanhamento do caso está sendo realizado com intervalos mensais, e o paciente e seus responsáveis motivados para a preservação da saúde bucal.



Figura 3: Luxação do elemento dentário anquilosado 85



Figura 4: Luxação do elemento dentário anquilosado 75



Figura 5: Remoção cirúrgica do elemento 85

Discussão

O dente anquilosado pode apresentar diferentes graus de infraoclusão que, quando severa como no caso apresentado, mostra um aspecto de

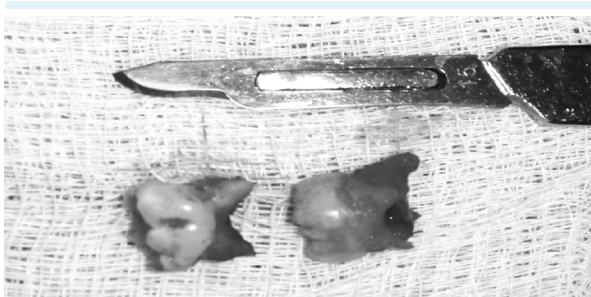


Figura 6: Dentes decíduos anquilosados removidos



Figura 7: Sutura



Figura 8: Instalação do recuperador de espaço

submersão⁹, embora esse termo seja inadequado, segundo alguns autores, uma vez que não ocorre, de fato, a submersão, pois o dente afetado permanece estático, enquanto os adjacentes movimentam-se verticalmente com o crescimento e desenvolvimento do processo alveolar, ficando, assim, numa posição progressivamente inferior em relação ao plano oclusal, dando a impressão de que esteja submerso⁴.

A prevalência da anquilose em molares decíduos varia de 1,3% a 38,5% em diferentes populações⁷. Para alguns autores, o segundo molar decíduo inferior é o dente mais afetado^{2,15}, enquanto outros alegam que o mais atingido é o primeiro molar decíduo inferior^{3,16}, ocorrendo em idade mais precoce do que com os segundos molares. Geralmente, em crianças de faixa etária abaixo de oito anos, a anquilose apresenta-se leve; entretanto, essa condição tende a agravar-se com o tempo^{8,9}, se essa anomalia não for corrigida adequadamente. No caso clínico relatado neste artigo, o paciente de seis anos de idade apresentava anquilose severa dos elementos 75 e 85 e, segundo a responsável, em visitas odontológicas anteriores, nenhuma informação sobre essa alteração dentária na criança havia sido fornecida antes. Em relação ao tratamento da anquilose, diferentes condutas podem ser tomadas, quando a condição é severa, estando o dente anquilosado abaixo dos pontos de contato dos dentes adjacentes, a remoção cirúrgica seguida da manutenção de espaço é sempre indicada. A exodontia deve ser feita antes que ocorram maiores desvios oclusais e o procedimento cirúrgico torne-se mais complexo, dificultando o acesso ao dente afetado^{1, 3, 7, 11, 15}. No caso relatado, o grau de anquilose foi considerado severo e, seguindo esses estudos, o tratamento cirúrgico eleito consistiu em exodontia dos dentes afetados e recuperação de espaço, pois os primeiros molares permanentes inferiores haviam inclinado axialmente para mesial, ocupando o espaço para a erupção dos segundos pré-molares.

Conclusão

A anquilose dentoalveolar é uma anomalia de erupção que pode ser observada em molares decíduos, sendo responsável, em alguns casos, por problemas oclusais tanto na dentição decídua quanto na mista. Dessa forma, os profissionais devem estar sempre atentos, visando o diagnóstico precoce e a indicação do melhor

tratamento para cada caso, evitando, assim, consequências indesejáveis para o paciente.

Referências

1. Crusoe-Rebello IM, Araújo TM, Lisboa JA. Anquilose em dentes decíduos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001;4(22):501-5.
2. Madeiro AT, Passos IA, Paiva FPF, Oliveira, AFB. Dental ankylosis: etiology, diagnosis and possible treatments. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2005;26(1):20-4.
3. Pitoni CM, Caldo-Teixeira AS, Almeida ICS, Vieira RS. Restaurações adesivas indiretas: opção clínica para molares decíduos em infra-oclusão. *R Fac Odontol*. Porto Alegre. 2006;47(1):39-42.
4. Rodrigues CRMD, Pereira RM. Anquilose dento-alveolar: considerações sobre etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1999;2(7):167-74.
5. Campos V, Bomfim AR, Mello HSA. Infra-oclusão de segundos molares decíduos anquilosados: solução clínica. *Rev Dental Press Ortodon Facial*. 2002;7(1):65-71.
6. Pereira LL, Carvalho LFP, Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. Anquilose dental: etiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Fac Odontol Univ Bahia*. 2000;21: 46-9.
7. Altay N, Cengiz SB. Space - regaining treatment for a submerged primary molar: a case report. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12(4):286-9.
8. Indu-Shekar KR. Multiple submerged primary molars. A case report. *Saudi Dental Journal*. 2003;15(3):148-50.
9. Teixeira DLS, Soviero VM. Anquilose dento-alveolar: uma anomalia muitas vezes não diagnosticada. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001;4(18):161-5.
10. De Paula CO, Marques DS, Lessa FCR, Sacono NT, Abreu-e-Lima, FCB. *Revista de Odontologia da Unesp*. 2007;36:40.
11. Machado AL, Habib FAL, Sobral MC, Alves RFF. Anquilose dento-alveolar: um fator etiológico de maloclusão. *Rev Fac Odontol Univ Bahia*. 2001;22(1):70-4.
12. Ruschel HC, König J, Kramer PF. Aspectos clínicos e histológicos da anquilose múltipla de molares decíduos: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(33):383-8.
13. Ekim SL, Hatibovic – Kofman S. A treatment decision - making model for infracluded primary molars. *Int J Paediatr Dent*. 2001;11(5):340-6.
14. Campos V, Bomfim AR, Mello HSA. Infra-oclusão de segundos molares decíduos anquilosados: solução clínica. *Rev Dental Press Ortodon Facial*. 2002;7(1):65-71.
15. Miyanaga M, Takei K, Maeda T. Observation of a child with multiple submerged primary teeth. *J Dent Child*. 1998;65(6):495-9.
16. De-La-Rosa-Gay C, Valmaseda-Castellón E, Costa-Codina X, Gay-Escoda C. Infraocclusion of primary molars: reports of cases. *J Dent Child*. 1998;65(1):47-51.

