

Terceiro Molar em Fratura Mandibular: Relato de Caso

Third Molar In Mandibular Fracture: A Case Report

Renata Moura Xavier Dantas^I | Lucas Aguiar Fagundes Serrano^{II} | Talvane Sobreira^{III}

RESUMO

Publicações atuais vêm demonstrando que o terceiro molar não erupcionado aumenta o risco de fratura de ângulo mandibular e pode prevenir a fratura condilar. O objetivo do presente trabalho é o de relatar, através de um caso clínico, o envolvimento de um terceiro molar em linha de fratura mandibular. Paciente, sexo masculino, 16 anos de idade compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa-PB, vítima de acidente automobilístico. Clinicamente apresentava-se com limitação da abertura bucal, desarmonia oclusal e dor à palpação. O exame radiográfico evidenciou imagem compatível com fratura de ângulo mandibular esquerdo, com envolvimento do elemento 38 na linha de fratura. O tratamento consistiu em intervenção cirúrgica extrabucal, realizando-se redução e fixação dos segmentos fraturados com o uso de placa de compressão dinâmica.

Descritores - Fraturas mandibulares, Terceiro molar, Perda de dente.

ABSTRACT

Current publications have demonstrated that the third molar not erupted increases the risk of mandibular angle fracture, and may prevent the condylar fracture. The aim of this study is to report through a case study the involvement of a third molar in mandibular fracture line. Patient, male, 16 years old, attended at the Service of Oral and maxilofacial Surgery and Traumatology of the Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, at João Pessoa-PB, car accident victim. Clinically presented with limitation of mouth opening, occlusal disharmony and pain on palpation. The radiographic examination showed an image compatible with left mandibular angle fracture, with involvement of the element 38 in the fracture line. The treatment consisted of extra-oral surgery, performing reduction and fixation of fractured segments with the use of dynamic compression plate.

Keywords - Mandibular fractures, Third molar, Dente loss.

INTRODUÇÃO

A mandíbula apresenta-se como um dos ossos faciais mais acometidos por fraturas devido a sua posição anatômica proeminente em relação ao esqueleto facial, e por ser o único osso móvel da face^{1,2}.

A presença de um terceiro molar inferior impac-

tado ocupa o espaço, que é geralmente preenchido por osso, enfraquecendo a mandíbula e tornando-a mais susceptível a fraturas³.

A eleição do tratamento é variável e depende de cada caso individualmente, de acordo com os achados clínicos e imaginológicos. Consiste, basicamente, na

^I Graduada em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba.

^{II} Graduando em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba.

^{III} Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestre em Diagnóstico Bucal, Universidade Federal da Paraíba.

redução anatômica, seguida de uma correta estabilização dos segmentos fraturados, que é determinante no reparo ósseo e no restabelecimento anátomo-funcional da região oclusão e das funções normais^{3,4}.

A escolha da técnica cirúrgica correta, a intervenção precoce da fratura, higienização bucal eficiente e remoção de dentes na linha de fratura determinam um melhor prognóstico ao tratamento de fratura de ângulo mandibular. Pseudoartroses, hemorragias e infecções pós-cirúrgicas e paralisia do nervo facial são complicações que podem ocorrer³.

Este trabalho objetiva relatar um caso de fratura de ângulo mandibular com elemento dentário na linha de fratura.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 16 anos de idade compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa-PB, com histórico de acidente automobilístico.

Ao exame clínico, observou-se presença de dor à palpação, limitação da abertura bucal e desarmonia oclusal. Através de uma radiografia lateral oblíqua de mandíbula, confirmou-se o diagnóstico de fratura de ângulo mandibular esquerdo, com a presença do elemento dentário 38 na linha de fratura (Figura 1).



Figura 1. Exame radiográfico de diagnóstico.

Devido à instabilidade dos segmentos envolvidos e à presença do elemento dentário na linha de fratura, adotou-se como tratamento a redução cruenta^{3,5}.

Sob anestesia geral e com intubação nasotraqueal, realizou-se o acesso extrabucal na região da margem inferior do ramo mandibular esquerdo, proporcionando a exposição do sítio fraturado e o elemento dentário envolvido. O elemento 38 encontrava-se em uma posição desfavorável à execução da redução, sendo indicada sua remoção (Figura 2).



Figura 2. Acesso extrabucal ao sítio fraturado.

Para osteossíntese dos segmentos, utilizou-se uma placa de compressão dinâmica curva de 2,4 mm e quatro parafusos, dois de 2,4 X 10 mm e dois de 2,4 X 12 mm (Titanium System CMF, W. Lorenz®, EUA) (Figura 3). Bloqueio maxilomandibular não foi realizado⁶.

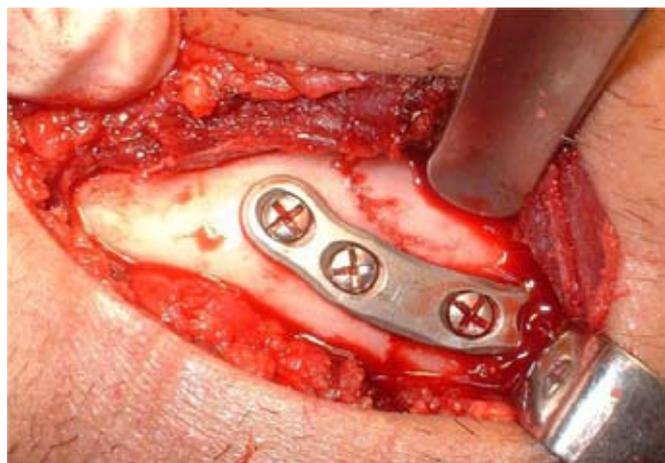


Figura 3. Osteossíntese dos segmentos fraturados.

A sutura foi realizada por planos, com fio Vicryl® 3.0 para os pontos internos e Mononylon® 5.0 para os pontos cutâneos.

No segundo dia de pós-cirúrgico, o paciente recebeu alta hospitalar, com prescrição de antibiótico,

anti-inflamatório e analgésico, dieta líquido-pastosa por uma semana e branda por mais quinze dias, além de recomendações sobre higienização bucal.

O paciente foi acompanhado em um período de três meses, com controle pós-operatório a cada trinta dias (Figuras 4 e 5).



Figura 4. Exame radiográfico pós-operatório de controle (90 dias).



Figura 5. Oclusão pós-cirúrgica (90 dias).

DISCUSSÃO

A maioria das pesquisas afirma que a presença de terceiros molares inferiores que não irromperam completamente aumenta as ocorrências de fraturas de ângulo mandibular e diminuem o risco de fraturas condilares⁷⁻¹².

Para Thangavelu, Yoganandha e Vaidhyanathan¹¹ pacientes com terceiros molares impactados são três vezes mais propensos a desenvolver fraturas de ângulo do que pacientes que removeram esses dentes pois estes têm uma maior susceptibilidade à fratura de côndilo, corroborando Zhu et al.⁹. Os resultados do estudo de Paza, Abuabara e Passeri⁴ não confirmam um aumento

do risco de fraturas de ângulo mandibular; quando o terceiro molar estava presente (55%), os pacientes relataram extração de apenas 8 (13%) dos terceiros molares antes do trauma.

A angulação dos terceiros molares, a sua distância para a borda inferior da mandíbula e, conseqüentemente, a quantidade óssea reduzida são fatores que predispõem a episódios de fratura⁸. Duan e Zhang¹⁰ e Subhashraj¹² afirmaram que a posição em que o terceiro molar se encontra intraósseo tem relevância na ocorrência de traumas.

Lida et al.⁸ concluíram que terceiros molares inferiores retidos próximo à borda inferior da mandíbula aumentam a susceptibilidade das fraturas de ângulo mandibular, quando comparados aos adjacente segundos molares. Já no estudo de Lee e Dodson⁵ os resultados sugerem que o risco de fraturas de ângulo é menor em dentes impactados mais profundamente.

Duan e Zhang¹⁰ encontraram relação, estatisticamente significativa, entre fraturas de ângulo mandibular e terceiros molares retidos, em pacientes vítimas de trauma de vigor moderado. E acrescentaram que, em traumas de maior agressividade, a presença ou ausência de terceiros molares não influenciam na gravidade das lesões.

As radiografias panorâmicas e a lateral oblíqua de mandíbula bem como a tomografia computadorizada (TC) são os exames radiológicos mais utilizados no diagnóstico de fraturas mandibulares⁴, sendo a lateral oblíqua de mandíbula a de escolha para o nosso diagnóstico.

Dente retido em traço de fratura mandibular, indica-se freqüentemente a remoção do elemento dentário antes da redução da fratura e aplicação do bloqueio maxilomandibular ou assim que o reparo ósseo permita uma intervenção cirúrgica³, sendo realizado esse procedimento no presente trabalho. Para Lee e Dodson⁵ e Dodson¹³ a manutenção do elemento dentário na linha de fratura pode favorecer a ocorrência de novas fraturas.

Baykul et al.¹⁴, por sua vez, sugerem que os dentes impactados assintomáticos na linha de fratura simples devem ser tratados com redução fechada e antibio-

ticoterapia profilática, sem a remoção do elemento dentário, pois acreditam que esta é uma forma de trauma adicional, que pode permitir o deslocamento dos fragmentos bem como dobrar o risco de infecção.

A redução aberta e osteossíntese são mais frequentemente indicadas para fraturas de ângulo do que para outras fraturas do corpo mandibular, porém complicações podem estar associadas à fixação interna rígida⁴.

O planejamento cirúrgico deve, portanto, dar uma atenção especial aos elementos dentários em linhas de fratura, quer seja na preocupação em manter a oclusão habitual do paciente, quer seja para evitar que eles se tornem um problema à estabilidade ou ao reparo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que outros estudos sejam realizados para elucidar a influência que diferentes áreas de impacto e direção da força aplicada podem interferir na fratura de ângulo de mandíbula, quando na presença de interposição de elemento dentário incluso.

REFERÊNCIAS

1. Martini MZ, Takahashi A, Neto HGO, Carvalho Júnior JP, Curcio R, Shinohara EH. Epidemiology of mandibular fractures treated in a Brazilian level I Trauma Public Hospital in the city of São Paulo, Brazil. *Braz Dent J*. 2006; 17(3): 243-8.
2. Raimundo RC, Guerra LAP, Antunes AA, Carvalho RWF, Santos TS. Fraturas de mandíbula: análise retrospectiva de 27 casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxillo-Fac*. 2008; 8(1): 57-62.
3. Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 5^o ed. St. Louis: Mosby; 2009.
4. Paza AO, Abuabara A, Passeri LA. Analysis of 115 Mandibular Angle Fractures. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66: 73-6.
5. Lee JT, Dodson TB. The effect of mandibular third molar presence and position on the risk of an angle fracture. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58(4): 394-8.
6. Sailer HF, Pajarola GF. *Traumatologia*. In: *Cirurgia Bucal*. Porto Alegre: ArtMed; 2000.
7. Halmos DR, Ellis III E, Dodson TB. Mandibular third molars and angle fractures. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 1076-81.
8. Iida S, Hassfeld S, Reuther T, Nomura K, Muhling J. Relationship between the risk of mandibular angle fractures and the status of incompletely erupted mandibular third molar. *J Craniomaxillofac Surg*. 2005; 33: 158-63.
9. Zhu S-J, Choi B-H, Kim H-J, Park W-S, Huh J-Y, Jung J-H, Kim B-Y, Lee S-H. Relationship between the presence of unerupted mandibular third molars and fractures of the mandibular condyle. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 34: 382-5.
10. Duan DH, Zhang Y. Does the presence of mandibular third molars increase the risk of angle fracture and simultaneously decrease the risk of condylar fracture? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 37: 25-8.
11. Thangavelu A, Yoganandha R, Vaidhyanathan A. Impact of impacted mandibular third molars in mandibular angle and condylar fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 39: 136-9.
12. Subhashraj K. A Study on the Impact of Mandibular Third Molars on Angle Fractures. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67: 968-72.
13. Dodson TB. Impacted third molar and mandibular angle fractures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996; 81(3): 264.
14. Baykul T, Erdem E, Dolanmaz D, Alkan A. Impacted tooth in mandibular fracture line: Treatment with closed reduction technique. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 289-91.

ENDEREÇO

Renata Moura Xavier Dantas

Rua Norberto de Castro Nogueira, Residencial Maria Clara, Apto. 202, Jardim Oceania. João Pessoa, Paraíba – Brasil. CEP: 58037-603. Tel.: 83 88263264.

E-mail: renata_mxd@hotmail.com