

Remoção de dente deslocado para espaço submandibular: relato de caso

Removal of displaced tooth into submandibular space: a case report

RESUMO

Introdução: A exodontia é um dos procedimentos mais realizados nos consultórios odontológicos, e as complicações podem surgir, principalmente, quando não existem exames de imagem no pré-operatório ou quando se usa força inadequada durante o procedimento. Dentes molares inferiores podem se deslocar para o espaço submandibular durante as exodontias, e, apesar de ser considerada uma complicação rara, o paciente pode evoluir com dor, trismo e, em casos mais graves, para infecção com envolvimento cervical. **Relato de caso:** O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com infecção crônica em região cervical após tentativa, sem sucesso, de remoção de um molar inferior cujo fragmento dentário havia sido deslocado para o espaço submandibular durante o procedimento cirúrgico. O tratamento de escolha foi a fistulectomia e a remoção cirúrgica do dente sob anestesia geral pelo acesso extraoral submandibular de Risdon, seguido de divulsionamento delicado até localização e remoção do corpo estranho deslocado. O paciente foi acompanhado clinicamente, por 3 meses, evoluindo bem, sem queixas e sem observação de recidiva do processo infeccioso. **Considerações Finais:** Deslocamento dentário para o espaço submandibular é um acidente, que pode ocorrer com qualquer profissional, razão por que é de extrema importância o conhecimento da prevenção e do tratamento dessa complicação.

Palavras-chaves: Complicações; Deslocamento dentário; Cirurgia.

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira

Especialista em CTBMF pelo Hospital Regional do Agreste. Mestre e Doutorando em CTBMF pela FOP-UPE. Professor de CTBMF na UNIBRA, Recife-PE

André Lustosa de Souza

Especialista em CTBMF pelo HRA, Caruaru-PE

Bergson Carvalho de Moraes

Acadêmico de Odontologia da UFPE, Recife-PE

Ricardo José de Holanda Vasconcelos

Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF. Professor Adjunto de Cirurgia da FOP-UPE, Camaragibe-PE

Airton Vieira Leite Segundo

Especialista em CTBMF. Mestre e Doutor em Estomatologia pela UFPB. Professor de Cirurgia da ASCES, Caruaru-PE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Airton Vieira Leite Segundo
Hospital Regional do Agreste. R-232,
KM130, s/n, Indianópolis – Caruaru/PE,
Brasil
CEP: 55030-400. Telefone: +55 (81)
3719.9400.
E-mail: airtonsegundo@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Exodontia is one of the most commonly performed procedures in dentistry, and complications can arise, especially when there is no preoperative imaging exams or when inadequate force is used during the procedure. Lower molar teeth may move into the submandibular space during the exodontia, and although it is considered a rare complication, the patient may feel pain, trismus, and in more severe cases may evolve to infection with cervical involvement. **Case report:** This present article aims to report a case of a patient with chronic infection in the cervical region after an unsuccessful attempt of removing a lower molar, in which the dental fragment was moved to the submandibular space during the surgical procedure. The treatment of choice was a fistulectomy and the surgical removal of the tooth under general anesthesia by Risdon submandibular extraoral approach, followed by delicate divulsion to the location and removal of the foreign body displaced. The case was followed clinically for 3 months, evolving well, without complaints and recurrence of the infectious process. **Final considerations:** Dental displacement to the submandibular space is an accident that can occur under any professional care, so it is extremely important to know the prevention and treatment of this complication.

Key-words: Complications; Dental displacement; Surgery.

INTRODUÇÃO

A remoção dos terceiros molares é um dos procedimentos mais comuns realizados pela cirurgia bucomaxilofacial. Apesar de ser rotina em consultórios odontológicos, a remoção desses dentes pode resultar em complicações. Durante a exodontia, eles podem ser empurrados por meio de uma perfuração na fina superfície lingual da mandíbula, causando deslocamento para o espaço submandibular, caracterizando-se como uma complicação rara, podendo, em alguns casos, se tornar grave^{1,2}. Exame clínico e radiográfico deficiente, manuseio do instrumental ou força do operador inadequada e posição do dente para distolingual, onde há fenestração da cortical lingual, são fatores de risco para a ocorrência do deslocamento dentário para o espaço submandibular³.

Clinicamente, o paciente pode se apresentar assintomático ou sintomático, podendo ter trismo, edema, dor e infecção³. A tomografia computadorizada (TC) é indicada para avaliação, pois pode demonstrar, com precisão, a posição do dente, favorecendo o planejamento cirúrgico⁴.

O presente artigo relata o caso de um paciente com quadro infeccioso após tentativa sem sucesso de exodontia de um molar inferior e deslocamento de fragmento para o espaço submandibular, o qual foi tratado com remoção cirúrgica pelo acesso extraoral.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Agreste, apresentando aumento de volume em região submandibular esquerda, levemente amolecida, com saída de secreção via lesão (**Figura 1A**). Durante a anamnese, ele relatou história de insucesso durante exodontia, há aproximadamente 2 meses, momento em que o cirurgião-dentista não conseguiu remover completamente o elemento dentário.

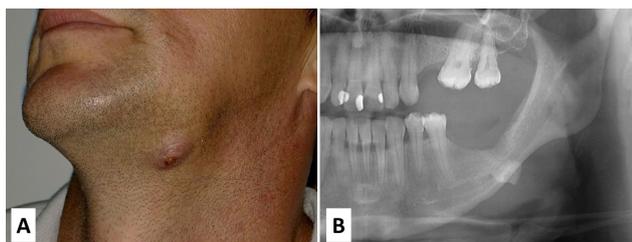


Figura 1 - Aspecto clínico e radiográfico: A) Aspecto submandibular demonstrando presença de fístula cutânea; B) Radiografia panorâmica apresentando imagens sugestivas de alvéolo recente pós-exodontia e deslocamento de fragmento radicular.

Foram solicitados exames de imagem que demonstraram imagem hiperdensa semelhante a resto radicular localizado ínfero-medialmente ao corpo mandibular esquerdo, em região de espaço submandibular (**Figuras 1B e 2**). Após anamnese, exame físico e exames de imagem, a hipótese diagnóstica foi de fístula cutânea causada por deslocamento iatrogênico de resto radicular para o espaço submandibular.

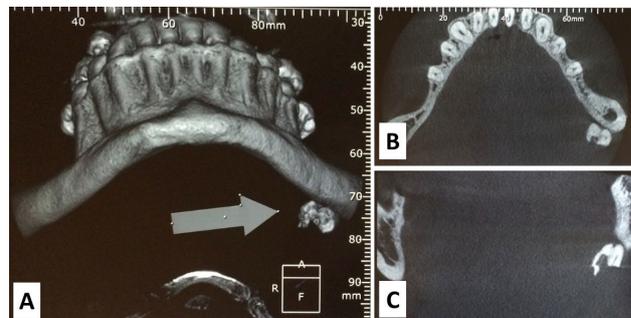


Figura 2 - Aspecto Imagens de tomografia computadorizada: A) reconstrução 3D demonstrando possível fragmento dentário e região submandibular (seta cinza); B) corte axial apresentando fragmento em região medial ao ângulo mandibular; C) corte coronal apresentando fragmento abaixo da basilar da mandíbula.

Com isso, o tratamento de escolha foi a remoção cirúrgica sob anestesia geral pelo acesso extraoral submandibular de Risdon. Após incisão, realizou-se fistulectomia e divulsionamento delicado dos tecidos, até localização e retirada do fragmento dentário, seguida de irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% e sutura por planos com fio reabsorvível internamente (vicryl® 3-0) e fios de nylon® 5-0 em pele (**Figura 3**).



Figura 3 - Abordagem cirúrgica: A) acesso submandibular, divulsionamento e remoção do dente deslocado; B) fragmento dentário removido.

O paciente foi acompanhado clinicamente, por 3 meses, evoluindo bem, sem queixas e sem observação de recidiva do processo infeccioso.

DISCUSSÃO

Espaços fasciais são criados entre as fâscias do corpo devido à disposição em camadas que estas apresentam, e, em pessoas saudáveis, é preenchido por tecido conjuntivo frouxo. Existem alguns espaços fasciais na região da cabeça e do pescoço, dentre eles o espaço submandibular, que se localiza lateral e posteriormente ao espaço submental⁵.

Deslocamentos dentários para espaços fasciais é um evento raro⁶. Em uma revisão de Brauer & Dent⁷, eles observaram uma incidência menor que 1% de deslocamentos dentários. O primeiro caso foi publicado em 1958 por Howe, no qual descreveu a remoção de um terceiro molar do assoalho bucal de um paciente.

A causa mais comum de deslocamento submandibular é fratura ou perfuração da tábua lingual durante a exodontia, principalmente se associado à técnica inadequada com os elevadores, podendo mover a raiz ou o fragmento para espaços anômicos profundos. Em muitas situações, tentativa de remover o fragmento sem visibilidade adequada associada à ausência de habilidade na execução do procedimento acaba por deslocar ainda mais esse fragmento. Portanto, sugere-se ao cirurgião-dentista, quando não habilitado, encaminhar o paciente a um especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial no momento em que perceber o deslocamento⁶.

Segundo Aznar-Arasa *et al.* (2012)⁶, a idade também pode ser um fator de risco, pois esses fragmentos não estariam presentes, se as exodontias fossem realizadas numa idade mais jovem na qual não houvesse ainda formação completa das raízes. No caso descrito, o paciente adulto já apresentava elemento dentário com formação radicular completa, porém sem coroa clínica hígida.

Os sintomas podem variar de acordo com a localização, tamanho do fragmento e circunstâncias em que ocorreu a complicação. Contudo, dor, trismo e infecção são mais frequentes. Fragmentos menores que 5 mm comumente não apresentam sintomas. Exames de imagens são importantes, pois indicarão onde o fragmento está localizado, norteando um melhor planejamento e maior chance de sucesso. A TC é o exame mais indicado, por fornecer com exatidão o local onde o fragmento dentário está alojado, principalmente quando este se encontra em espaços mais profundos.^{6,8}

Não há concordância na literatura sobre o tempo ideal para a remoção do fragmento dentário deslocado. Alguns autores recomendam a remoção imediata; outros acreditam que o ideal é esperar mais de 2 semanas, para que haja fibrose, dando estabilidade ao fragmento. Porém, essa conduta au-

menta o risco de infecção, e o paciente ainda pode queixar-se de dor e trismo, como o caso relatado neste artigo⁸.

É importante atentar, também, para o quadro geral do paciente, pois as infecções odontogênicas envolvendo região cervical são situações, que geralmente requerem tratamento de emergência. Em casos crônicos, pode formar fístulas com drenagem extraoral, como o caso apresentado neste artigo, e o diagnóstico precoce desse processo patológico evita maiores danos ao paciente, minimizando inclusive os prejuízos à estética⁹. Provavelmente, a remoção precoce teria evitado a formação da fístula no caso relatado.

Existem na literatura abordagens diferentes para tratar esses casos. O mais utilizado é a realização de retalho mucoperiosteal lingual estendido a partir do ramo da região de pré-molar. Apesar disso, esse método tem recebido críticas, por proporcionar campo operatório estreito. Por isso, pode-se optar também pela supressão da placa lingual expondo o fragmento. É importante ressaltar que fragmentos dentários podem ter tamanhos diversos, e isso é um dentre vários fatores que direcionará a melhor abordagem para o caso. Há casos em que se realiza abordagem apenas extraoral e outros, a intraoral combinada à extraoral, essa última, principalmente em casos em que o dente deslocado está em espaços mais profundos. Uso da anestesia local pode não ser indicado, portanto anestesia geral ou anestesia local com sedação consciente são preferíveis^{6,10}.

No caso apresentado neste artigo, optou-se pelo acesso extraoral devido à presença da fístula, indicando a necessidade de fistulectomia, e pela localização do fragmento dentário que estava em um espaço profundo. A anestesia escolhida foi a geral em acordo com estudos de Aznar – Arasa e colaboradores (2012)⁶ que relataram que movimentos musculares involuntários podem interferir no procedimento, além da anestesia geral tranquilizar o paciente que já estava com nível de ansiedade e nervosismo alto devido ao insucesso no procedimento anterior.

Em situações em que não há remoção do dente ou fragmento deslocado, o paciente pode evoluir para infecção, reação de corpo estranho ou migração do dente ou fragmento para outros espaços. O paciente deve ser sempre comunicado em situações nas quais ocorram esses deslocamentos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deslocamento de dente ou fragmento para os espaços fasciais é uma complicação incomum, porém devido ao risco de infecção, trismo, dor e outras consequências, a intervenção deve ser realizada. O tempo entre o acidente e a intervenção cirúrgica para remoção deve ser avaliado individualmente, de acordo com a queixa e os sintomas de cada paciente. Para evitar esses incidentes, o cirurgião-dentista deve não só dominar a técnica, evitando força excessiva e manuseio inadequado do instrumental, mas também os acidentes que poderão surgir no transoperatório. Nesses casos, o cirurgião-dentista, quando não habilitado para intervir, deverá comunicar ao paciente e encaminhá-lo para um serviço especializado.

REFERÊNCIAS

1. Yalcin S, Aktas I, Emes Y, Atalay B, Turkey I. Accidental displacement of a high-speed handpiece bur during mandibular third molar surgery: a case report. *OOOOE*. 2008, 105(3), 29-31.
2. Jolly SS, Rattan V, Rai SK. Intraoral management of displaced root into submandibular space under local anaesthesia – A case report na review of literature. *The Saudi Dental Journal*. 2014, julho, 26(1), 181-184.
3. Nusrath MA, Banks RJ. Unrecognised displacement of mandibular molar root into the submandibular space. *British Dental Journal*, 2010. 209(6), 279-280.
4. Kose I, Koparal M, Gunes N, Atalay Y, Yaman F, Atilgan S, Kaya G. Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: two case reports. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. Julho, 2014. 5(2), 482-484.
5. Fehrenbach MJ, Herring SW. *Anatomia Ilustrada da Cabeça e do Pescoço*. Tradução da 2ª edição. 2ª edição Manole Ltda, 2005, 283-300.
6. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: report of 6 cases. *J. Oral Maxillofac Surg*. 2012, 70(1), 107-115.
7. Brauer HU, Dent M. Unusual complications associated with third molar surgery: A systematic review. *Quintessence Int*, 2009, 40, 565.
8. Kamburoglu K, Kursun S, Oztas B. Submandibular displacement of mandibular third molar root during extraction: a case report. *Cases Journal*. 2010, 3(8), 1-3.
9. Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC, Baratto-Filho F. Dental infection simulating skin lesion. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2012. 87(4), 619-621.
10. Solanki R, Khangwal, Kumar D, Goel M. *Indian Journal of dentistry*. 2016, 7(2)105-108.