

# Inclusões Ectópicas em Apófise Coronóide

## Relato de casos geneticamente associados

*Ectopic inclusions in coronoid apophysis:  
report of cases with familial association.*

Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli<sup>1</sup>  
Rinaldo da Silva Albuquerque<sup>2</sup>  
Érika von Söhsten Marinho<sup>3</sup>  
Ésio de Carvalho Coelho Júnior<sup>4</sup>  
Fernando de Oliveira Martorelli<sup>5</sup>  
Júlia Figueiredo Melo<sup>6</sup>

Recebido em 16/08/2006  
Aprovado em 18/01/2007

### RESUMO

As inclusões ectópicas ocorrem em cerca de 1% da população em geral e podem estar associadas a diversas localizações. No presente artigo, os autores realizam uma breve revisão da literatura das inclusões ectópicas e relatam um caso clínico incomum de duas pacientes, mãe e filha, que apresentavam inclusão do elemento 48 na apófise coronóide. Chama atenção a semelhança das inclusões, fato que leva a crer em correlação genética. O tratamento realizado foi a remoção dos elementos.

**Descritores:** Cirurgia Oral - Inclusões ectópicas – apófise coronóide

### ABSTRACT

Ectopic inclusions occur in around 1% of the population in general and may be present at diverse sites in the body. In this article the authors review the literature on ectopic inclusions and report an uncommon case of two patients, mother and daughter, who exhibited a coronoid apophysis inclusion of the element 48. The authors suggest a genetic correlation between these two cases. The treatment undertaken was the surgical removal of the element.

**Key words:** surgery, oral – ectopic inclusions – coronoid apophysis

### INTRODUÇÃO

Os elementos dentários que não irrompem na sua época normal e permanecem imersos no interior dos tecidos são considerados inclusos, preservando ou não a integridade do saco pericoronário (Marzola, 1988; Prado, Salim, 2004; Gregori, Campos, 2005).

As ectopias são malformações por

morfogênese aberrante e consistem no crescimento de tecidos e órgãos em localizações fora da habitual, diferindo das heterotopias por terem menor grau de deslocamento dos tecidos (Guimarães, 1982). Logo, inclusões dentárias ectópicas são elementos dentários que se desenvolveram em uma região afastada de sua posição normal na arcada dentária, permanecen-

<sup>1</sup> Professor Titular de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR – FOPCB.

<sup>2</sup> Aluno do Curso de Especialização de Estomatologia da UFPE.

<sup>3</sup> Estagiária do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Central de Saúde Bucal e do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco – SASSEPE – IRH – PE.

<sup>4</sup> Estagiário do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Central de Saúde Bucal e do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco – SASSEPE – IRH – PE.

<sup>5</sup> Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia de Caruaru – PE.

<sup>6</sup> Estagiária do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Central de Saúde Bucal e do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco – SASSEPE – IRH – PE.

do incluídos no interior dos tecidos. (Guimarães, 1982)

Os dentes inclusos ectópicos podem ser decíduos, permanentes ou supranumerários e ser encontrados no palato, seio maxilar, cavidade nasal, côndilo, processo coronóide, órbita e seio etmóide. Entretanto, a ocorrência desses elementos fora da cavidade oral é rara. (Tommasi, 1977; Ferreira et al, 1994; Jude et al, 1995; Yeung, Lee, 1996; Bodner et al, 1997; Erkmen et al., 1998).

Quanto à etiologia, ainda é incerta, embora várias sugestões venham sido citadas para estas condições. Teorias incluindo distúrbios do desenvolvimento, trauma, obstrução ao crescimento da dentição, osso excepcionalmente denso, dentição decídua persistente, fatores genéticos, infecções odontogênicas e rinogênicas e cistos são sugeridos. (Tommasi, 1977; Ferreira et al., 1994; Moreano et al., 1998; Gupta, Shah, 2001; Lee, 2001)

Clinicamente esses elementos podem ou não estar associados à sintomatologia. Em muitos casos, os pacientes permanecem assintomáticos por toda a vida, sendo os elementos detectados apenas em exames radiográficos de rotina. Vários sintomas podem estar relacionados, tais como cefaléia, febre, edema e dor facial e sinusite (Jude et al., 1995; Bodner et al., 1997; Alexandrakis et al., 2000; Medeiros et al., 2000; Lee, 2001; Kim et al., 2003).

O tratamento de pacientes sintomáticos deve ser feito com a remoção cirúrgica para o alívio dos sintomas e prevenção de possíveis complicações. Na ausência de sintomas, o tratamento é feito através da remoção ou do acompanhamento radiográfico, uma vez que podem ser sítios de cistos, tumores e outras patologias. (Tommasi, 1977)

## REVISÃO DA LITERATURA

As inclusões ectópicas são condições raras, quando em sítios extra-orais, contudo, são mais comuns na cavidade oral, apresentando uma frequência em torno de 1% da população em geral. (Medeiros et al., 2000; Hasbini et al., 2001).

Além de regiões extra-orais, tais como cavidade nasal, seio maxilar, processo coronóide, órbita, côndilo, seio etmóide e pele, existem outras localizações incomuns, incluindo os ovários, região anterior do mediastino e área retroperitoneal (Shafer et al., 1985). Autores relatam que existe uma maior quantidade de casos envolvendo homens (60%) do que mulheres (40%) e que não há predileção da localização destas patologias na literatura. (Yeung, Lee, 1996)

Em uma análise sobre a incidência da impactação dos elementos dentários superiores, constatou-se que 51% dos casos eram de caninos (Vanarsdall 1977, apud Almeida et al. 2001). Segundo Almeida et al. (2001), os caninos superiores estão entre os dentes mais acometidos de impactação ectópica, sendo apenas superados pelos terceiros molares superiores quanto à frequência de impactação.

Realizou-se um estudo no qual avaliaram 13 casos clínicos de dentes intranasais. Destes, sete envolveram crianças e seis eram adultos. Além disso, 69% eram do gênero masculino e 31%, do gênero feminino. Também foram descritos vinte e sete casos de elementos intranasais, dos quais dezessete eram supranumerários, dois eram decíduos, e quinze, permanentes. (Lee, 2001)

Médici et al. (2001) relataram um caso em que um terceiro molar inferior ectópico estava posicionado na região de côndilo e associado a um cisto odontogênico. Apesar de os terceiros molares não serem considerados como uma condição rara, estes se tornam incomuns, quando localizados nesta região.

Ray et al. (2006) relataram um caso raro de dente ectópico na concha nasal inferior em duas pacientes adultas. Outro caso raro foi descrito no seio etmóide em um paciente de 47 anos. O paciente relatava um quadro de cefaléia associado à obstrução e secreção nasal bilateralmente, febre e dor à palpação e percussão dos seios paranasais. (Ferreira et al., 1994)

Pacientes que apresentam dentes ectópicos podem permanecer assintomáticos durante um longo período de tempo, ou mesmo não referir sintomatologia por toda vida. Nestes casos, o diagnóstico só

pode ser feito através de exames de rotina. No entanto, quando o dente está em migração, particularmente quando acompanhado por um cisto, os pacientes apresentam morbidade significativa, e a intervenção deve ser feita. (Hasbini et al, 2001)

No seio maxilar, a impaction de um dente pode ser assintomática. Em outros casos, pacientes apresentam sintomas, como obstrução nasal, edema facial, cefaléia, febre, rinorréia e desvio da anatomia nasomaxilar. (Jude et al., 1995; Bodner et al., 1997; Alexandrakis et al., 2000)

Apesar de existirem casos assintomáticos, dentes localizados na cavidade nasal também podem apresentar uma variedade de sintomas, incluindo dor e obstrução nasal, epistaxes, cefaléia, úlceras localizadas, desvio externo do nariz, abscesso do septo nasal e fistula oro-nasal (Kim et al., 2003). Outros sintomas, como sensação de corpo estranho, dor facial, rinorréia purulenta e sinusite, são citados. Autores relatam que em 25% dos casos de dentes ectópicos intranasais existe uma suspeita de associação com rinosinusite. (Medeiros et al., 2000; Gupta, Shah, 2001; Sokolov et al., 2004).

O tratamento destas patologias deve, sempre que possível, incluir a remoção dos elementos. Segundo Moreano et al. (1998), a época da remoção deve ser após a completa formação dos dentes permanentes, situados próximos ao dente em questão, evitando, assim, injúrias à dentição permanente. Caso a intervenção cirúrgica não seja feita, os pacientes sintomáticos poderão ter problemas recorrentes, enquanto os assintomáticos poderão apresentar sintomatologia com o decorrer do tempo. A endoscopia pode ser utilizada para a remoção de terceiros molares ectópicos na região de processo coronóide e nas regiões de seio maxilar e fossa nasal. (Hasbini et al., 2001; Cunqueiro et al., 2003)

## RELATO DE CASO 1

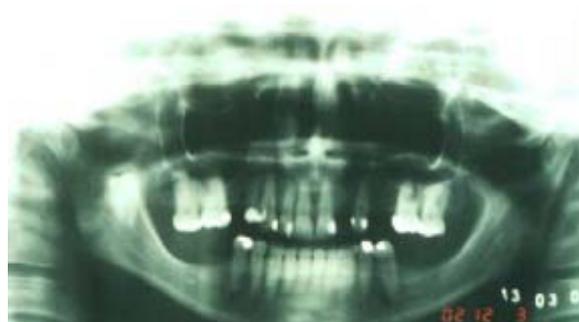
Paciente 42 anos, gênero feminino, professora do ensino fundamental, natural de Olinda – PE,

leucoderma, foi encaminhada pelo Cirurgião - Dentista Clínico para a clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Central de Saúde Bucal do SASSEPE – IRH – PE.

Com queixas de dor referida e difusa na região de hemi-face direita, relatou que, ao fazer sua revisão dentária anual, declarou ao seu Dentista que sentia dores na hemi-face direita. Ao solicitar uma radiografia panorâmica, constatou-se que ela apresentava um dente incluso, motivo pelo qual foi encaminhada para tratamento.

Ao exame físico extrabucal, não houve evidências de alterações clínicas. Ao exame intrabucal detectamos a ausência dos molares inferiores, além dos 16 e 46.

A radiografia panorâmica apresentada pela paciente evidenciava a presença de um elemento dentário incluso (provavelmente o 48) em situação ectópica, ao nível da apófise coronóide direita (Figura 1). Solicitou-se com o objetivo de delimitar o objetivo cirúrgico nos três planos de espaço, complementando-se o plano transversal com uma incidência em PA para mandíbula com boca aberta.



**Figura 1 - Radiografia Panorâmica inicial.**

Diante da sintomatologia clínica, propôs-se a realização da cirurgia. Solicitados todos os exames pré-operatórios de rotina, a cirurgia foi conduzida sob anestesia geral. Após uma infiltração subperiosteal com solução de Cloridrato de Bupivacaína a 0,5% adrenelinada, realizou-se uma incisão sobre a mucosa, através de bisturi de Bard-Paker municiado com lâmi-

na nº. 15 ao longo, com desenho do retalho orientado ao longo da linha oblíqua externa.

Em seguida, realizou-se o descolamento mucoperiostal com ruginas de Obwegeser, sendo o retalho mantido em posição com afastadores apropriados. Com brocas de números 702-703 para PM, acopladas à peça de mão de motor cirúrgico, iniciou-se a osteotomia/ostectomia, de modo a expor a coroa e a parte da porção radicular do presumido 48. (Figura 2)



**Figura 2 - Tomada radiográfica em PA para mandíbula.**

Uma pré-luxação, mediante emprego de extratores de Seldin, foi delicadamente empreendida, antes de se iniciarem as manobras de odontosseção, que foram conduzidas inicialmente, através de pontas diamantadas para PM de número 707 e complementadas com brocas de número 702. O duplo traçado da odontosseção, inicialmente realizado através de um traçado corono-radicular, foi complementado por outras odontosseções coronais longitudinais, o que pôde permitir a remoção da coroa e das raízes do elemento dentário incluído, de maneira a não transferir esforços maiores às frágeis paredes ósseas circunvizinhas.

Removido por completo o dente interessado, realizou-se uma perfuração na porção radicular para permitir apoio ao elevador de Seldin, sendo a raiz sacada facilmente do seu box ósseo.

Após curetagem do saco pericoronário e regularização da osteotomia/ostectomia, uma rigorosa irrigação/aspiração foi empreendida com o intuito de se eliminarem os produtos de pulverização óssea e dental. (Figura 3)



**Figura 3 - Exposição do dente incluído após osteotomia / ostectomia.**

A síntese foi conduzida a pontos isolados mediante fio de poligalactina 910 (Vicryl) de número 3-0. A 'Figura 4' exhibe a peça operatória. O pós-operatório transcorreu sem qualquer intercorrência. Radiografia de controle pós-operatório pode ser observada na 'Figura 5'.



**Figura 4 - Loja operatória após o toailete.**



**Figura 5 - Peça operatória.**

A paciente referiu remissão da dor difusa na hemiface direita, após a cirurgia.

## RELATO DE CASO 2

Paciente de 20 anos, filha da paciente do Relato de Caso 1, gênero feminino, estudante, natural de Recife-Pernambuco, leucoderma, foi encaminhada pelo Cirurgião - Dentista Clínico para a clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, da Central de Saúde Bucal do SASSEPE – IRH – PE.

Relatou que, após o exame clínico e radiográfico de sua mãe e que, após examiná-la, o dentista também solicitou uma radiografia panorâmica, constatando que ela apresentava, também, um dente incluído, semelhante ao de sua genitora, motivo pelo qual foi encaminhada para tratamento.

Na anamnese, referiu dor irradiada em hemiface direita, sem qualquer relação com qualquer outro tipo de patologia do complexo maxilo-facial.

Ao exame físico extrabucal, não houve evidências de alterações clínicas. Ao exame intrabucal, detectamos a ausência dos terceiros molares, além da ausência do elemento 47.

A radiografia panorâmica (Figura 6) apresentada pela paciente evidenciava a presença de um elemento dentário incluído (provavelmente o 47 ou o 48) em situação ectópica, ao nível da apófise coronóide direita, em topografia semelhante ao de sua genitora.



**Figura 6 - Radiografia de controle pós-operatório.**

Solicitou-se com o objetivo de delimitar o objetivo cirúrgico nos três planos de espaço, complementando-se o plano transversal com uma incidência em PA para mandíbula com boca aberta.

Solicitados todos os exames pré-operatórios de rotina, a cirurgia foi conduzida sob anestesia geral, semelhante em todas as suas etapas ao caso relatado anteriormente. (Figuras 7, 8 e 9)



**Figura 7 - Radiografia Panorâmica.**



Figura 8 – Radiografia PA para mandíbula com boca aberta.



Figura 10 - Loja operatória.



Figura 9 - Exposição cirúrgica do dente após a osteotomia / ostectomia.

O pós-operatório transcorreu sem qualquer intercorrência. Radiografia de controle pós-operatório pode ser observada na 'FIGURA 10'.

### DISCUSSÃO

Concordamos com a definição de Guimarães (1982) sobre a definição de ectopia, muito embora Shafer et al. (1985) relate ectopia como, por exemplo, uma inclusão dentária na região anterior do mediastino e área retroperitoneal; essa condição é mais apropriada para a denominação de heterotopia, no pensar de Guimarães (1982).

Apesar de estudos relatarem que existe uma maior quantidade de casos envolvendo homens (60%) do que mulheres (40%) e que não há predileção da localização destas patologias na literatura (Yeung, Lee, 1996), o caso acometeu duas pacientes do gênero feminino, e a sintomatologia presente foi o motivo da consulta e não, um mero achado radiográfico em ambos os casos.

Se, por outro lado, no caso em pauta, houvesse ausência de sintomatologia, poderíamos apenas optar pela não-intervenção, preservando as pacientes através de controle radiográficos de rotina, conforme sugerem alguns autores. (Jude et al., 1995; Lee, 2001)

Como normalmente essas inclusões ectópicas são de difícil acesso, é necessário estipular-se o trauma operatório previsto antes da escolha do tipo de anestesia adequado à condução cirúrgica do caso, quando for indicado bem como pesar bem custo / benefício quando das indicações.

Não encontramos casos relatados semelhantes na revisão da literatura que realizamos, envolvendo parentes tão próximos, o que reforça efetivamente o componente genético nesses dois casos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dos casos clínicos aqui relatados são bem peculiares por envolver mãe e filha em inclusão bem semelhante, o que reforça a correlação genética da patologia. Na revisão literária realizada, não encontramos relatos de casos semelhantes. A sintomatologia dolorosa foi o motivo da consulta e a motivação principal da opção pela intervenção realizada.

### REFERÊNCIAS

- Alexandrakis G, Hubell RN, Aitken PA. Nasolacrimal duct obstruction secondary to ectopic teeth. **Ophthalmology**, 2000; 107: 182-92.
- Almeida RR, Fuziy A, Almeida MR, Pedrin RR, Henriques JFC, Insabralde CMB. Abordagem da impação e/ou irrupção ectópica dos caninos permanentes: considerações gerais, diagnóstico e terapêutica. **Revista Dental Press Ortodôntica Ortopédica Facial**, 2001; 6:93-116.
- Bodner L, Tovi F, Bar-Ziv J. **Teeth in the maxillary – imaging and management. Journal of Laryngology and Otology**, 1997; 111: 820-4.
- Cunheiro MMS, Schoen R, Schramm A, Gellrich NC, Schmelzeisen R. Endoscopic approach to removal of an ectopic mandibular third molar. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 2003; 41: 340-342.
- Erkmen N, Ölmez S, Önerci M. Supranumerary tooth in the maxillary sinus: case report. **Australian Dental Journal**, 1998; 43: 385-6.
- Ferreira MLS, Ferreira RR, Fillus NJ, Capasso R, Pereira RG, Toni GS. Dente ectópico em seio etmoide: caso clínico. **DENS**, 1994; 10: 29-33.
- Fonseca MT, Lacerda MAC, Valle ST, Silva RT. Dor Facial causada por dente ectópico-Relato de caso e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 2000; 66: 687-690.
- Gregori C, Campos AC. **Cirurgia buco-dento-alveolar**. 2 ed. São Paulo: Sarvier; 2005.
- Gupta YK, Shah N. Intranasal tooth as a complication of cleft lip and alveolus in a four year old child: case report and literature review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 2001; 11: 221-224.
- Guimarães, S.A.C. **Patologia Básica da Cavidade Bucal**. 1ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
- Hasbini AS, Hadi U, Ghafari J. Endoscopic removal of an ectopic third molar obstructing the osteomeatal complex. **Ear Nose Throat Journal**, 2001; 80: 667-670.
- Jude R, Horowitz J, Loree T. A case report. Ectopic molars that cause osteomeatal complex obstruction. **Journal of American Dentistry Association**, 1995; 126: 1655-7.
- Kim DH, Kim JM, Chae SW, Hwang SJ, Lee SH, Lee HM. Endoscopic removal of an intranasal ectopic tooth. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, 2003; 67: 79-81.
- Lee FP. Endoscopic extraction of an intranasal tooth: a review of 13 cases. **The Laryngological**, 2001; 111: 1027-1031.
- Marzola, C. **Cirurgia pré-protética**. São Paulo: Pancast Editorial; 1988.
- Medeiros AS, Gomide MR, Costa B, Carrara CFC, Ne-

ves LT. Prevalence of intranasal ectopic teeth in children with complete unilateral and bilateral cleft lip and palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal**, 2000; 37: 271-273.

Médici A, Raho MT, Anghinoni M. Ectopic third molar in the condylar process: case report. **Acta Bio-médica de L'Anteono Parmense**, 2001; 72 (5-6): 115-8.

Moreano EH, Zich DK, Goree JC, Graham, SM. Nasal tooth. **American Journal of Otolaryngology**, 1998; 19: 124-126.

Prado R, Salim M. **Cirurgia Bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi; 2004.

Ray B, Singh LK, Das CJ, Roy TS. Ectopic supranumerary tooth on the inferior nasal concha. **Clinical Anatomy**, 2006; 19(1): 68-74.

Shafer W, Hine MK, Levy BM. **Patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro; Interamericana; 1985.

Sokolov M, Jecker P, Roth Y. Nasal teeth associated with rhinosinusitis. **Rhinology**, 2004; 42(3): 167-70.

Tommasi AF. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2 ed. São Paulo: Pancast Editorial; 1977.

Yeung KH, Lee KH. Intranasal tooth in a patient with a cleft lip and alveolus. **Cleft Palate Craniofacial Journal**, 1996; 33: 157-159.

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS**

Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli  
Av. Conselheiro Aguiar, 1360 - Galeria Centro Sul.  
Sala 128. Boa Viagem. Recife-PE. CEP: 51011-030.  
smartorelli\_maxilofacial@hotmail.com  
Fones: 81 – 34655521 - 99753508